

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° 467

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Victor GOLDBLUM-GOLBLIN

Né le 21 novembre 1898 à Lodz (Pologne)

Le

# Syndrome de Dercum

Les troubles psychiques  
au cours de l'adipose douloureuse

*Président* : M. HENRI CLAUDE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

13, RUE RACINE, 13

1927

I. — PROFESSEURS

|                                                                        | MM.           |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie . . . . .                                                     | NICOLAS.      |
| Anatomie médico-chirurgicale. . . . .                                  | CUNÉO.        |
| Physiologie . . . . .                                                  | ROGER.        |
| Physique médicale . . . . .                                            | STROHL        |
| Chimie organique et chimie générale . . . . .                          | DESGREZ.      |
| Bactériologie. . . . .                                                 | LEMIERRE.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                 | BRUMPT.       |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale . . . . .                                          | SICARD.       |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                      | LECÈNE.       |
| Anatomie pathologique . . . . .                                        | ROUSSY.       |
| Histologie . . . . .                                                   | PRENANT.      |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                            | TIFFENEAU.    |
| Thérapeutique . . . . .                                                | N.            |
| Hygiène . . . . .                                                      | Léon BERNARD. |
| Médecine légale . . . . .                                              | BALTHAZARD.   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                   | MÉNÉTRIÉR.    |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                         | RATHERY.      |
| Clinique médicale . . . . .                                            | CARNOT.       |
|                                                                        | BEZANÇON.     |
|                                                                        | ACHARD.       |
|                                                                        | WIDAL.        |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                   | MARFAN.       |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                             | NOBÉCOURT     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | H. CLAUDE.    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | JEANSELME.    |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | GUILLAIN.     |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                           | TEISSIER.     |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                        | DELBET.       |
|                                                                        | HARTMANN.     |
|                                                                        | LEJARS.       |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                     | GOSSET.       |
|                                                                        | TERRIEN.      |
| Clinique urologique. . . . .                                           | LEGUEU.       |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                     | COUVELAIRE.   |
|                                                                        | BRINDEAU.     |
|                                                                        | JEANNIN.      |
| Clinique gynécologique . . . . .                                       | J.-L. FAURE.  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                | OMBRÉDANNE.   |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                              | VAQUEZ.       |
| Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .                             | SEBILEAU.     |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                          | DUVAL.        |
| Clinique propédeutique . . . . .                                       | SERGENT.      |
| Sans chaire. . . . .                                                   | ROUVIÈRE.     |
|                                                                        | BRANCA.       |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.  
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.  
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.  
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.  
 BINET . . . . Physiologie.  
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.  
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.  
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.  
 CHAMPY. . . . Histologie.  
 CHIRAY . . . . Pathologie médicale.  
 CLERC. . . . Pathologie médicale.  
 DEBRÉ . . . . Hygiène.  
 DUVOIR . . . . Médecine légale.  
 ÉCALLE . . . . Obstétrique.  
 FIESSINGER. Pathologie médicale.  
 GARNIER . . . Pathologie expérimental<sup>1</sup>  
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.  
 HEITZ-BOYER Urologie.

### MM.

HOVELACQUE . Anatomie.  
 I. de JONG . . Anatomie pathologique  
 JOYEUX . . . . Parasitologie.  
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.  
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.  
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.  
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.  
 LHERMITTE . Pathologie mentale.  
 LIAN. . . . . Pathologie médicale.  
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale  
 METZGER . . . Obstétrique.  
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.  
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.  
 MULON. . . . Histologie.  
 PHILIBERT. . Bactériologie.  
 RICHEL Fils. . Physiologie.  
 VAUDESCAL. Obstétrique  
 VERNE. . . . Histologie.  
 VELTER. . . . Ophtalmologie.

## III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

### MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.  
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.

### MM.

RETTERER. . Histologie.  
 TANON. . . . Pathologie médicale.

## IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### A° TITRE PERMANENT

#### MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.  
 AUVRAY . . Clinique chirurgicale.  
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.  
 LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.  
 LEREBoulLET. Clinique médicale in-  
 fan tile.  
 LE LORIER. . Clinique obstétricale.

#### MM.

LÉRI . . . . Clinique médicale.  
 LœPER . . . Clinique médicale.  
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.  
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale  
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.  
 VILLARET . . Clinique médicale.

## V — CHARGÉS DE COURS

|                                |   |                                                                                                                                              |
|--------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . . . | { | Chargé du cours de chirurgie orthopédique<br>chez l'adulte pour les accidentés du travail,<br>les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY. . . . .                  |   | Stomatologie.                                                                                                                                |
| CHAILLEY-BERT. . . . .         |   | Éducation physique.                                                                                                                          |
| LEDoux-LEBARD . . . . .        |   | Radiologie clinique.                                                                                                                         |

A M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies mentales  
et de l'Encéphale à la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin de l'Asile de Sainte-Anne  
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire le grand  
honneur d'accepter la présidence de  
cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR JEAN LHERMITTE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin de l'hospice Paul-Bronne

*Qui nous a inspiré le sujet de cette  
thèse et a bien voulu nous aider de ses  
précieus conseils.*

*Hommage de notre bien vive grati-  
tude.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES



# Le Syndrome de Dercum

## Les troubles psychiques au cours de l'adipose douloureuse

---

### HISTORIQUE

C'est à un Congrès de neurologistes américains, tenu à Washington en 1888, que Dercum, professeur de Neurologie à l'Université de Philadelphie, présenta une malade dont l'histoire est l'observation princeps de l'affection que nous étudions.

Il s'agissait d'une femme de 48 ans porteuse de masses adipeuses multiples, plus ou moins circonscrites, ayant apparu d'abord aux bras, puis étendues au dos, aux épaules et aux flancs. Ces tumeurs lipomateuses, élastiques, non fluctuantes, étaient extrêmement *douloureuses*, soit à la pression, soit même pendant la contraction des masses musculaires sous-jacentes. Par des examens successifs Dercum fixait déjà l'anatomie pathologique de ces tumeurs, et en esquisait l'évolution : début par l'œdème, puis adipose, enfin dernière phase : adipo-sclérose.

Cherchant à classer cette affection dans les cadres nosographiques, il l'appela, ou plutôt la définît provisoirement : « dystrophie du tissu conjonctif sous-cutané

du bras et du dos, associée à des symptômes ressemblant au myxœdème. »

La deuxième observation est due à un autre médecin de Philadelphie, Henry, qui, en 1891, présenta à la société de neurologie de Philadelphie une femme de 63 ans atteinte de troubles, disait-il, de même ordre que la première malade de Dercum. Il s'agissait aussi, en résumé, d'une femme qui présentait des masses lipomateuses circonscrites et *douloureuses*.

Avec Dercum, Henry rattachait cette affection au myxœdème, et l'appela « parathrophie myxœdémateuse ».

Dans le courant de l'année 1892 Dercum présente deux nouveaux cas, même tableau que précédemment : femmes d'un certain âge, nodules graisseux multiples, les uns encore élastiques, d'autres durs, tous *douloureux*. Fait à souligner dès à présent : l'une de ces deux femmes manifestait des *troubles psychiques* nets, et mourait peu après dans un asile d'aliénés. A l'autopsie on trouvait un certain degré de cirrhose de la thyroïde.

La première appellation de Dercum n'était pas très heureuse : outre qu'il s'agissait nettement d'une hypertrophie plutôt que d'une dystrophie, celle-ci n'est pas nécessairement limitée aux bras et au dos. En outre, il n'y a que des analogies superficielles, et au contraire des dissemblances manifestes avec le myxœdème. Aussi en 1892 Dercum présente ces cas sous le nom simple, qui définit les deux symptômes principaux, d'*adiposis dolorosa*, adipose douloureuse.

En 1895, Collins dans son *Manuel des Maladies nerveuses* fait une description de cette maladie, et publie six nouveaux cas : femmes ayant toutes dépassé la quarantaine et dans les antécédents desquelles on trouve fréquemment soit syphilis, soit éthylisme.

La même année, Ewald en Allemagne, publie un cas d'adipose douloureuse survenu chez un *homme* de 47 ans. Le premier, semble-t-il, il tente l'opothérapie thyroïdienne.

En 1896-1898, Eshner, de Philadelphie, rapporte deux nouvelles observations. Dans l'une il s'agit d'une femme de 48 ans dont l'affection débuta à 35 ans (à la suite, ou tout au moins après un traumatisme). Cette malade présenta à la suite des troubles mentaux (*idées délirantes de persécution*) qui nécessitèrent son internement dans un asile.

Puis, en Amérique encore, paraissent les publications de Spuller, de Hale-White (obs. d'une jeune fille de 22 ans, hérédo-syphilitique, dont le début de l'affection remonte à l'âge de 13 ans : crises comitiales ; débilité mentale), de Dercum, qui en 1900 publie le résultat de l'autopsie de la première malade qu'il avait présentée en 1888 : outre des lésions de névrite interstitielle il signale une dégénérescence colloïde de la thyroïde.

La même année Burr trouve dans une nécropsie d'adipose douloureuse un gliome de la glande pituitaire.

En Italie, Guidiceandrea publie une étude d'ensemble sur la question. Il classe l'affection parmi les trophonévroses.

En France, après l'observation de Morlot et Gallois sur l' « adipose localisée d'origine trophonévralgique », paraissent les observations de Féré (1898), puis celles d'Achard et Laubry, de Simoniesco, Heitz et Renon, la thèse de Vitaut.

La maladie, ou plutôt le syndrome de Dercum, est alors assez nettement individualisé, ses symptômes parfaitement dénombrés, le diagnostic établi.

Les observations alors se multiplient. Citons celles de Roux (adipose doulour. avec goître exophtalmique), d'Oddo et Chassy, de Renon et Louste, de Sicard et Roussy (adipose après ovariectomie), de Debove, de Gilbert Ballet et de Deny et Le Play (troubles psychiques très accentués), de Raymond et Guillaïn (on y trouve également idées délirantes, tentative de suicide), de Guillaïn et Alquier, de Léon Bernard, de de Massary (qui trouvent des antécédents tuberculeux), de Privet, de Sézary, de Le Meignen (cas d'adipose douloureuse chez un homme), de Claude et Sézary, de Babonneix, etc., etc. (Voir la Bibliographie).

## SYMPTOMATOLOGIE

Le syndrome de Dercum apparaît dans la grande majorité des cas chez des *femmes*, et le plus souvent ayant atteint ou dépassé la quarantaine.

*Période de début.* — Le début est généralement insidieux. Dans nombre d'observations les *phénomènes douloureux* ont précédé l'apparition de l'adipose. C'est, le plus souvent, une femme, ayant atteint l'âge de la ménopause jusque-là bien portante, qui commence à ressentir de légères douleurs, peu intenses, qui ne l'empêchent nullement de s'occuper de ses travaux habituels. Ce sont des douleurs à caractère superficiel, cutanées ou sous-cutanées, donnant plutôt la sensation de démangeaisons, de fourmillement, de picotement.

Puis apparaît une légère rougeur de la peau, et il se forme à ce niveau une petite tuméfaction œdémateuse, mal limitée, qui se développe peu à peu en même temps que les douleurs augmentent.

L'évolution est alors lente, se fait par poussées successives accompagnées de crises douloureuses. Chacune de ces poussées donne naissance à de nouvelles zones œdémateuses, celles qui existaient déjà se transformant en tuméfactions œdémateuses plus dures, celles-ci enfin

en masses lipomateuses. Ainsi à chaque crise, accompagnée d'exacerbation des douleurs et de rougeurs de la peau, de nouvelles zones sont envahies, les zones préalablement touchées par l'œdème primitif subissent l'évolution vers l'adipose, tandis que les masses adipeuses déjà formées augmentent de volume.

Parfois, le gonflement œdémateux peut envahir d'emblée un segment de membre, ou toute une partie du corps, et évoluer ainsi vers la lipomatose (formes diffuses).

On a signalé que cette période de début peut être brève, l'envahissement se faisant d'une façon rapide avec des douleurs violentes dès le début (Guidiceandrea).

Il est par contre des cas où c'est l'adipose qui est entrée la première en scène, les douleurs n'ayant apparu que par la suite.

*Période d'état.* — A la période d'état l'adipose douloureuse se manifeste essentiellement par quatre symptômes :

1<sup>o</sup> *Adipose.* — Tumeurs lipomateuses, ou lipomatose plus ou moins diffuse à morphologie particulière.

2<sup>o</sup> *Douleurs.* — Spontanées ou provoquées.

3<sup>o</sup> *Asthénie.* — Dépression physique et morale.

4<sup>o</sup> *Troubles psychiques.*

C'est la tétrade qui forme le syndrome de Dercum, dont les deux premiers symptômes sont capitaux et caractérisent l'affection, les deux derniers étant d'intensité et de caractère variables.

A ces signes cardinaux s'ajoutent des

5° *Symptômes secondaires* variés, non nécessairement mais fréquemment rencontrés, symptômes trophiques, sensitifs ou moteurs, qui complètent et individualisent le tableau clinique de l'affection.

Reprenons et examinons plus en détail l'aspect clinique de ces symptômes.

1° *Adipose*. — On peut admettre qu'elle se présente sous trois formes différentes :

a) *Forme nodulaire*, circonscrite, où des noyaux lipomateux, plus ou moins isolés les uns des autres, peuvent être vus ou palpés sur diverses régions du corps.

Ce sont des tumeurs de volume variable, allant de la grosseur d'une noisette à celle d'une orange, paraissant en quelque sorte limitées, de forme à peu près globuleuse, de consistance élastique, résistante, ne gardant pas l'empreinte du doigt.

La surface peut paraître lisse, ou lobulée, ou bien, quelques-uns de ces nodules confluant les uns vers les autres, peut donner la sensation qu'on éprouve en palpant un varicocèle.

Ces tumeurs sont mobiles sur les plans profonds (la contraction musculaire ne les immobilise pas), et il n'y a pas, non plus, d'adhérences à la peau.

Ainsi que nous le verrons plus loin, elles sont très *douloureuses* à la pression.

Ces lipomes peuvent se grouper sur le thorax, l'abdomen, la région lombo-sacrée, sur les membres surtout. Le plus souvent ils sont symétriques.

Notons en passant ce point, que nous reverrons au diagnostic, que certains auteurs se refusent à faire

entrer la forme « nodulaire » typique dans le syndrome de Dercum, et qu'ils la décrivent plutôt dans la dystrophie appelée « lipomes symétriques des extrémités ».

b) *Forme diffuse*. — C'est l'aspect qui nous semble le plus fréquent et le plus typique de l'adipose douloureuse. Que cette forme soit *généralisée* ou *localisée* (localisée par exemple à un membre, ou un segment de membre), elle présente des masses lipomateuses étendues aux membres, à l'abdomen, aux seins, au dos, aux flancs, aux fesses. Ce sont des masses rénitentes, élastiques — ou donnant la sensation de « lait caillé » (Dercum) — ou sclérosées, presque dures.

c) *Forme mixte*. — Ce sont les cas où une adipose diffuse présente par endroits des nodules lipomateux plus saillants, plus ou moins confondus avec la masse grasseuse environnante. (Ce serait une sorte d'« adipose lipomateuse ».)

Quelle que soit d'ailleurs la « forme » de l'adipose, arrivée au terme de son développement elle a un aspect si particulier, si caractéristique, que celui-ci suffirait presque pour poser d'emblée le diagnostic : et tout d'abord c'est la localisation de l'adipose au tronc et aux membres (« rhizomélique », aux racines des membres surtout : hanches, épaules). En règle générale *les pieds, les mains et la face sont respectés*.

Les régions envahies par l'adipose deviennent parfois colossales : la paroi abdominale tombe devant les cuisses comme un énorme tablier, ainsi que l'ombilic qui descend presque aux genoux, cachant les organes génitaux. Les mammelles pendent comme des outres —

ce même chez les hommes atteints ainsi de véritable gynécomastie, Les fesses et les hanches sont plantureuses à l'excès.

Sur le *tronc*, des zones envahies aux zones non touchées ou moins touchées l'infiltration graisseuse s'atténue insensiblement.

Aux *membres*, au contraire, il y a une limite nette entre les régions alourdies de graisse et les extrémités, indemnes.

Les *bras* sont énormes, et à leur partie postéro-interne il y a une masse de graisse ballotante, qui flotte en drapeau au-dessous de l'aisselle. Un peu au-dessus du coude (forme diffuse localisée, segmentaire), ou plutôt au poignet, il y a un *bourrelet* circulaire qui limite avec netteté le membre surchargé de graisse : au-dessous, la main (ou l'avant-bras) est normale, et, par contraste, paraît presque gracile.

On a ainsi la forme « manche à gigot » ou à « manchettes ».

Les *membres inférieurs* forment des masses cylindriques et là également un bourrelet net marque la séparation avec le pied qui garde ses dimensions normales. On a ainsi l'apparence d'un « pantalon de zouave ».

Sur ce tronc et ces membres si déformés, la *face* n'est pas envahie par la graisse, et garde des traits fins — parfois même amaigris.

Ainsi donc, voici l'aspect de ces malades : individus très obèses (un malade, observé par Léri, pesait 210 kgr., grosses surcharges graisseuses sur le tronc, souvent monstrueuses, membres parfois doublés ou triplés de

volume, et à leur extrémité, séparés par un sillon, mains et pieds normaux, paraissant par contraste d'une finesse remarquable. La face est également indemne.

2<sup>o</sup> *Douleurs* :

a) Les *douleurs spontanées* peuvent apparaître en même temps que l'adipose — ou même la *précéder* (ce qui infirmérait l'opinion des auteurs qui soutiennent que les douleurs de l'adipose douloureuse sont d'ordre banal, qu'on trouve dans toute obésité marquée, et qui ne seraient dues qu'à la distension des filets nerveux par les masses graisseuses).

D'ailleurs il faut avouer qu'on ne sait pas toujours d'une façon précise ce qui a débuté, l'adipose ou la douleur. Le médecin, ne voyant pour ainsi dire jamais le malade à la période de début, est bien obligé de s'en rapporter à son récit, récit d'une exactitude quelque peu approximative.

Ces douleurs présentent des *exacerbations paroxysmiques* (lors de la formation des lipomes, par poussées) ou à l'occasion d'émotion, d'écarts de régime, de modifications de température, etc.

Peu vives au début, elles deviennent, la maladie une fois constituée, très violentes et presque continues. Elles peuvent prendre, selon les malades, divers aspects: démangeaisons, fourmillement, sensation de cuisson, de brûlure, d'arrachement de la peau, etc., etc.

Il est par contre des malades dont les douleurs spontanées sont très atténuées.

b) Les *douleurs provoquées*, au contraire, existent nettement chez tous les malades sans exception et ce

sans intermittences. Elles sont donc plus caractéristiques que les précédentes.

Par palpation des masses adipeuses, par pression du tissu cellulaire entre deux plis de la peau, par simple attouchement même, on réveille des douleurs intolérables. Parfois le simple poids d'une couverture est extrêmement pénible. De même les mouvements imprimés aux membres (Dercum), la contraction musculaire, les efforts.

3<sup>o</sup> *Asthénie*. — A quelques exceptions près, on trouve ce symptôme de façon constante, quoiqu'à des degrés variés.

C'est une lassitude physique, un abattement tels qu'un individu — qui par ailleurs n'a pas de troubles paralytiques, dont la force musculaire, mesurée au dynamomètre est à peu près normale — est incapable du moindre effort.

Quelques malades en sont réduits à ne plus quitter le lit, et cet état va jusqu'à une véritable astasié-abasie (Sabrazès).

4<sup>o</sup> *Troubles psychiques*. — On a rapporté des troubles psychiques nombreux et variés chez des malades présentant le syndrome de Dercum. Nous nous réservons de les énumérer plus en détail dans le chapitre suivant qui sera consacré à cette description. De même nous discuterons, au cours du diagnostic, la légitimité et la signification de ce symptôme dans le cadre du syndrome que nous étudions ici.

5<sup>o</sup> *Symptômes secondaires*. — Ce sont là des symptômes qu'on ne retrouve pas toujours, et à plus forte

raison pas tous réunis, dans l'adipose douloureuse. Mais tel ou tel peut être observé au cours d'un cas particulier, et il nous semble donc intéressant d'en donner une brève description.

a) *Troubles moteurs.* — Ils ne sont pas fréquents, la *motilité* est le plus souvent conservée. Il faut évidemment tenir compte de l'asthénie et des douleurs décrites ci-dessus, ainsi que de la gêne apportée par des masses adipeuses considérables, pour expliquer la démarche difficile. Et d'ailleurs, cachée sous cette surcharge grasseuse, il ne serait pas impossible qu'il y ait un certain degré d'hypotrophie musculaire ?

Les *réflexes tendineux*, parfois difficiles à rechercher, sont le plus souvent normaux.

L'*examen électrique* montre seulement une certaine résistance au passage du courant dans les points les plus infiltrés.

b) *Troubles sensitifs.* — Ils se manifestent essentiellement par les *douleurs* décrites plus haut.

Les céphalées sont assez fréquentes (Eshner, Féré, Achard, Laubry, Burr).

Il n'y a que rarement des troubles de la *perception* (zones d'anesthésie, de paresthésie, d'hyperesthésie).

c) *Troubles sensoriels.* — On a noté du rétrécissement du champ visuel, des paralysies oculaires (un cas de Dercum : ptosis, strabisme par parésie du droit interne) — des bourdonnements d'oreille — une diminution de l'acuité auditive.

d) *Troubles vaso-moteurs.* — Ils sont fréquents. C'est

par des troubles vaso-moteurs que débute l'affection (rougeur puis œdème).

On a observé soit de la vaso-constriction (avec sensation de froid), soit de la vaso-dilatation (avec sensation de chaleur).

On voit souvent sur le corps un fin réseau veineux superficiel, anormal, des taches de purpura.

Les ecchymoses sous-cutanées sont produites avec facilité.

On a même constaté de véritables hémorragies : épistaxis, métrorragies, hémoptysies (Dercum).

Les *troubles sécrétoires* sont variables : tantôt sécrétion sudorale diminuée, avec peau sèche — tantôt sudation exagérée (Hale-White).

e) *Troubles trophiques*. — La peau peut être, par places, anormalement pigmentée. Elle n'est jamais épaissie et infiltrée, comme dans le myxœdème, mais on a signalé de la sclérodermie (Oddo et Chassy).

Souvent on observe un système pileux peu développé : cheveux clairsemés, rareté des poils au pubis et aux aisselles, queue du sourcil peu fournie.

Renon et Heitz ont vu un cas d'adipose douloureuse avec des arthropathies multiples, non rhumatismales, et Pennato un cas avec dystrophie osseuse (ostéomalalaire). Mais y a-t-il là plus qu'une coïncidence ?

f) On a encore signalé :

Des *troubles du sommeil* : *insomnie*, cauchemars, etc. (Roux et Vitaut, Féré, etc.)

Burr a observé un sommeil profond, un état de stupeur dont on ne tirait le malade que difficilement et

pour un instant. Williams a signalé une véritable narcolepsie, d'ailleurs améliorée par la radiothérapie.

g) La *boulimie*, la *polydipsie* ont été également notées (Hale-White, Achard et Laubry, Lhermitte).

(A propos de ces deux derniers symptômes, il y aurait à envisager le rôle de la *région hypophyso-tubérienne*. Cf. les travaux de J. Lhermitte).

## LES TROUBLES PSYCHIQUES AU COURS DE L'ADIPOSE DOULOUREUSE

Depuis l'observation « princeps » de Dercum en 1888, toutes, ou du moins la plupart des relations d'adipose douloureuse qui ont suivi, ont mentionné les troubles psychiques comme un des éléments du syndrome.

Quelques auteurs ont vu des troubles mentaux très marqués, allant jusqu'à l'aliénation nécessitant l'internement. D'autres en ont observé de très légers, de simples particularités du caractère. D'autres, enfin, ont noté un psychisme normalement équilibré.

Nous nous contenterons de signaler, dans ce chapitre, les symptômes psychiques mentionnés dans les observations les plus typiques que nous avons eu l'occasion d'étudier.

Dercum (obs. de 1888. Voir *Bibliographie*) : Femme de 51 ans. Début de l'affection à 35 ans (avec la ménopause) : se montre irritable et querelleuse, distractions, répond parfois à côté de la question (quand la mémoire est en jeu).

Dercum (obs. 1892). — Femme de 60 ans : perte de la mémoire ; apathie ; démence.

Morlot et Gallois. — Homme de 48 ans. Présente des tremblements à oscillations courtes et fréquentes :

nerveux, impressionnable, pleure facilement. Inquiet, avec tendances à l'hypocondrie. Dort mal.

Eshner (obs. 1898). — Femme de 48 ans. Montre une langue fissurée, animée de tremblements : refuse de prendre des médicaments, crainte d'empoisonnement, présente plus tard des hallucinations, et doit être internée dans un asile.

Hale-White (1899). — Jeune fille de 22 ans (début de l'affection à 12 ans. Troubles mentaux chez grands-parents maternels. Parents syphilitiques. Elle-même hérédo-syphilitique. Vers 15 ans son intelligence baisse : agitation, n'a plus conscience de ses actes. Guérison après plusieurs semaines, et la malade ne garde aucun souvenir de cette période.

Depuis cette époque elle a eu plusieurs attaques du même genre, accès durant en moyenne une semaine. Pendant ces périodes elle a l'état mental d'une enfant : s'amuse avec des jouets, etc. Ces crises ont un caractère épileptiforme.

Féré (obs. 1898). — Femme de 42 ans. Sujette à des attaques convulsives. Présente de l'angoisse, des névralgies multiples, de l'insomnie, des cauchemars relatifs à des tortures physiques.

Burr (obs. 1900). — Femme de 36 ans. Etat de stupeur. On ne l'éveillait qu'avec difficulté, et pour un instant. Répondait aux questions par des mots isolés. Si elle se lançait dans une phrase, elle devenait bientôt confuse, puis silencieuse et endormie. Autres symptômes : maux de tête, envie de vomir, vision indis-

tincte, somnolence (A l'autopsie : tumeur de l'hypophyse).

Roux et Vitaut. — Homme de 32 ans : se met facilement en colère, discussions avec le personnel qu'il croit mal disposé. Sommeil agité de cauchemars. (Antécédents : éthylisme avéré).

Oddo et Chassy. — Femme de 32 ans. Début quatre ans auparavant, avec changement de caractère : auparavant elle était gaie enjouée : maintenant elle est en proie à un état permanent de tristesse et de dépression morale. Crises de larmes sans motif.

Gilbert, Ballet (obs. 1903). — Femme de 68 ans. Début huit ans auparavant avec changement de caractère : la malade est devenue émotive, coléreuse. Puis tristesse. La mémoire a baissé. Excentricités. Tentative de suicide par défénéstration ; puis deuxième tentative de suicide par le gaz. G. Ballet conclue : « idées mélancoliques avec tentatives de suicide ; troubles de la mémoire ; certain degré de confusion mentale ».

Renon et Louste. — Homme de 47 ans. Sa mère a eu des attaques épileptiformes, lui-même des convulsions dans l'enfance. A fait des excès alcooliques ; présente de la leucoplasie buccale. Auparavant il était actif et gai. Maintenant : taciturne, recherche l'isolement. Mémoire altérée. Idées noires, idées de suicide. Rêves professionnels, cauchemars. L'appétit sexuel a disparu.

Raymond et Guillaïn. — Femme de 57 ans. Début il y a dix ans. Il y a deux ans a eu un ictus, hémiplegie droite et aphasie. Depuis un an elle perd la mémoire.

Etat de dépression mélancolique. Tentative de suicide par asphyxie. Dans un accès délirant a essayé de tuer son mari.

Dide et Leborgne (*in* Houée). — Femme de 46 ans. Entrée à l'asile avec le diagnostic de manie aiguë avec incohérence complète des idées et des actes. Etat d'excitation continuelle. Agitée. Verbigération avec stéréotypie des gestes (catatonique agitée).

*Ibid.* — Femme de 51 ans. Idées de ruine, de culpabilité imaginaire avec inertie profonde. Inhibition psychique et phénomènes d'opposition.

*Ibid.* — Femme de 57 ans. Démence paranoïde à marche rapide. Hallucinations auditives, verbales et psycho-motrices. Hallucinations de l'odorat. Illusions de la vue, de la sensibilité générale et du sens génital. Portée à plaisanter; plaisanteries à allure pornographique. Conceptions mégalo-maniaques et d'immortalité.

G. Deny et Le Play. — Femme de 64 ans. Début de l'affection à 47 ans. Alcoolique et hérédo-alcoolique. Les troubles intellectuels débutent par des modifications du caractère. Tristesse. Hallucinations pénibles de la vue, de l'ouïe. Terreurs nocturnes.

Idées mélancoliques et idées de persécution sans systématisation. Sous l'influence de ces idées délirantes, tentative de suicide dans la Seine. Irritable. Menaces de mort contre son mari. Elle est internée alors à la Salpêtrière, où elle se montre très excitée. Puis à cette période d'agitation succède un état d'apathie et de torpeur : physionomie morne et hébétée, elle est indif-

férente à tout, ne reconnaît aucun des siens. Assise à l'écart, ne parlant jamais à personne, n'exécutant spontanément aucun acte, elle marmotte quand elle est en colère quelques paroles inintelligibles au milieu desquelles on perçoit avec peine quelques idées de persécution et de grandeur.

Boudet. — Femme de 50 ans. Début à 39 ans. Caractère bizarre, emportée, acariâtre. Crises de larmes à la moindre contrariété, idées tristes. A songé au suicide (par absorption de teinture d'iode).

Debove. — Femme de 52 ans. Début à 38 ans. La malade cause énormément. Il est impossible de la faire taire ou d'obtenir des réponses précises et identiques. Léger degré de confusion mentale.

Dupré et Girout. — Femme de 75 ans. Instabilité, irritabilité, humeur chagrine et soupçonneuse. Divers troubles du caractère.

Sézary. — 1<sup>o</sup> Femme de 57 ans, triste, déficience de la mémoire ; 2<sup>o</sup> Femme de 82 ans. Très bavarde, se contredit souvent, et accompagne le récit de sa vie de remarques pessimistes ; 3<sup>o</sup> Femme de 68 ans. La mémoire de la malade est très diminuée, surtout celle des faits récents. On note un certain degré de mélancolie plus ou moins marquée selon les périodes.

Prunier. — Débilité mentale (internée dès l'âge de 10 ans). Attaques épileptiques (Début de l'adipose : 49 ans).

Rogues de Fursac. — Femme de 65 ans. Démence. Perte complète des sentiments affectifs ; inaction abso-

lue ; mutisme (Début des troubles mentaux quinze ans auparavant).

Babonneix et Spanowsky. — Femme de 71 ans. Début à 32 ans. Baisse progressive de la mémoire et changement de caractère : émotive, coléreuse, a facilement des idées tristes.

Dans les observations publiées ici nous trouvons des troubles de la mémoire, des troubles de l'intelligence, des troubles du caractère : émotivité, irritabilité, etc.

D'autre part nombre d'observations (ainsi celle de Dellucq et Allaux, toutes celles publiées dans la thèse de Joffres intitulée *Adipose douloureuse sans troubles psychiques marquées*) notent un psychisme à peu près normal.

Ainsi voyons-nous rapportées dans les observations d'adipose douloureuse toute la gamme, toutes les nuances de troubles psychiques, depuis les cas d'aliénation mentale caractérisée, que ce soit sous forme de confusion mentale, de délire ou de démence ; jusqu'à de simples particularités du caractère.

Nous verrons au chapitre du Diagnostic des troubles psychiques ce qu'il faut en retenir ou ce qu'il faut en juger.

Si nous essayons de systématiser ces symptômes, nous trouvons donc le plus fréquemment :

*Mémoire* : affaiblissement, torpeur de la mémoire. Amnésie plus ou moins marquée (Sézary, Babonneix, obs. III, IV, VI).

*Humeur* : humeur triste, chagrine, déprimée (Roux et Vitaut, Boudet, obs. I, II). Agressivité (obs. VII).

*Caractère.* — Changement de caractère avec le début de l'affection (Oddo et Chassy, Gilb. Ballet) : de gai devient sombre, placide et équilibré devient querelleur, acariâtre et même quérulant (obs. VIII). Hyperémotivité, crises de larmes (Boudet, obs. VII).

*Volonté.* — La dépression, l'asthénie coutumières conditionnent un certain degré d'aboulie.

*Intelligence.* — Souvent déficitaire : difficulté et ralentissement de l'idéation, erreurs dans l'épreuve du calcul. Obtusion et épisodes confusionnels (G. Ballet). Réponses à côté (Dercum) pouvant presque simuler un aspect de syndrome de Ganser.

*Troubles psycho-sensoriels.*— Hallucinations, soit de l'ouïe, soit de la vue (Eshner, Deny et Le Play).

*Idées délirantes.* — De persécution (Roux et Vitaut G. Ballet) et surtout *mélancoliques* avec tentatives de suicide (Raymond et Guillain, Boudet, etc.).

## OBSERVATIONS (Inédites)

N.-B. — Les cinq premières observations nous ont été obligeamment communiquées par M. le Professeur agrégé Lhermitte, auquel nous adressons ici nos plus vifs remerciements.

### OBSERVATION I

M<sup>me</sup> La..., 66 ans. Régée à 14 ans 1/2. Deux enfants vivants et deux fausses couches postérieures. Ménopause à 45 ans. A toujours été grosse, mais cette obésité s'est accentuée après sa ménopause. Rien à noter dans ses antécédents familiaux.

Examen actuel: adipeuse diffuse très marquée (113 kg.), et généralisée. L'abdomen surtout est monstrueux, formant un volumineux tablier descendant sur la racine des cuisses en forme de besace. De plus au niveau de l'ombilic une énorme éventration forme une tumeur hémisphérique du volume d'une grosse tête d'adulte.

Les cuisses sont énormes, présentant à leur racine plusieurs replis étagés, plusieurs bourrelets apparaissant sous le tablier abdominal.

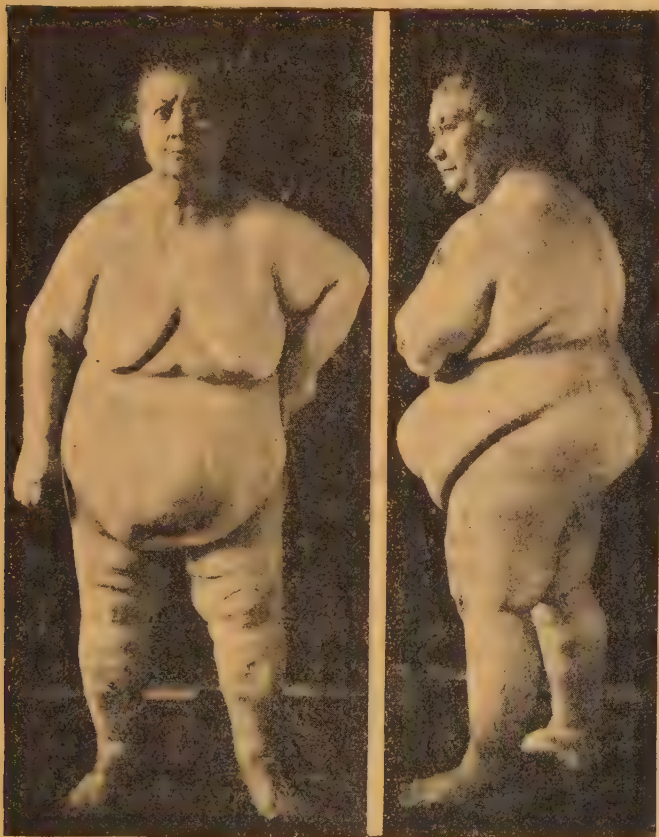
Les mollets sont également très volumineux. On note des deux côtés des cicatrices d'anciens ulcères.

Les membres supérieurs sont aussi énormes. Au bord inférieur des bras pend de chaque côté une masse lipomateuse molasse, du volume d'une grosse orange. Ces masses sont particulièrement sensibles à la pression.

Les pieds et les mains sont respectés. C'est l'aspect

caractéristique des membres en gigot avec extrémités menues et fluettes.

Les seins sont volumineux et flasques, relativement moins infiltrés que le reste du corps.



De même les fesses, quoique grosses, présentent proportionnellement une adiposité moindre.

Cette adipose n'est pas douloureuse spontanément.

Cependant, la nuit, la malade ressent souvent des crampes dans les mollets.

Mais la douleur à la pression existe, en particulier au niveau des masses lipomateuses des bras, de l'abdomen, de la racine des cuisses, en un mot là où l'adipose est moins diffuse, formant des masses plus résistantes à la palpation.

L'asthénie n'est pas très marquée.

Troubles psychiques : quoique légers, ils sont évidents chez cette malade.

On note quelques trous dans la mémoire. Pour le calcul on est très vite arrêté par une addition un peu compliquée :  $9 + 4 = 13$ . Mais  $17 + 14 = ?$ .

L'intelligence est également affaiblie, paresse de la compréhension.

L'affectivité est normale.

Il faut noter des troubles du caractère : instabilité psychique, sensiblerie exagérée, alternatives d'exubérance et de tristesse.

Examen neurologique : rien de particulier.

Cependant démarche difficile du fait de la surcharge graisseuse.

Pas d'incoordination. Pas de troubles de la sensibilité objective. Réflexes tendineux normaux. Cutané plantaire en flexion. Pupilles égales et réagissant à la lumière. Signe du sourcil. Sur le pubis poils rares, aisselles glabres.

Selle turcique normale à la radiographie, pas de signe de tumeur hypophysaire.

Glycosurie alimentaire : passe à 150 grammes.

Exagération très marquée de l'appétit, également de la soif.

## OBSERVATION II

M<sup>me</sup> Mo..., 66 ans. Régée à 12 ans 1/2. Ménopause à 51 ans. C'est à cette époque qu'aurait débuté l'affection, par des sensations douloureuses variables dans les membres inférieurs, surtout ressenties après une marche ou une fatigue. Ce n'était cependant que l'exagération de phénomènes déjà ressentis à partir de la trentaine.

Au contraire, les douleurs à la pression des masses adipeuses ne sont apparues qu'à partir de la ménopause, en même temps que débutait l'accumulation graisseuse.

Concurremment, modification marquée du caractère, avec tristesse progressive.

Rien à noter dans ses antécédents.

Actuellement : c'est une adipose du type diffus, intéressant surtout les membres inférieurs, la région fessière, la région abdominale. Les membres supérieurs, quoique encore très volumineux, sont relativement beaucoup moins gros. La malade pèse actuellement 107 kilos. En 1919, elle a pesé 133 kilos.

La tête, les mains et les pieds sont respectés par l'envahissement graisseux.

La peau est normale, blanchâtre, avec cependant des flexuosités variqueuses très marquées sur toute la surface des membres inférieurs.

L'adipose est diffuse, c'est-à-dire qu'on ne trouve pas de masses lipomateuses nettes. Cependant au milieu de l'infiltration diffuse on remarque quelques plages plus circonscrites, plus dures à la palpation, en particulier au niveau de la région fessière et à la face interne des cuisses et des mollets.

Douleurs : la fatigue détermine des sensations de crampes dans les membres inférieurs.

La pression, même légère, détermine une douleur vive au niveau des membres inférieurs. Aux membres supérieurs la sensibilité est un peu moindre.

Asthénie : elle est beaucoup moins accusée actuellement qu'autrefois où la malade présentait une fatigabilité rapide. « J'avais des jambes comme de la laine », dit-elle.

Troubles psychiques : peu marqués. Pas de déficience intellectuelle appréciable. Mais quelques modifications du caractère avec tendance à la tristesse, sans idées délirantes.

Examen neurologique : rien d'anormal, pas de troubles moteurs, ni sensitifs. Réflexes normaux. Poils rares aux aisselles et aux parties génitales. Signe de la queue du sourcil net. A la radiographie : selle turcique normale.

Appétit augmenté.

### OBSERVATION III

Mme Fin..., 69 ans. Réglée à 15 ans. Ménopause à 36 ans.

A toujours été grosse, et ne peut préciser une époque où elle aurait grossi davantage.

L'adipose est du type diffus, surtout marquée au niveau de l'abdomen et de la région fessière, réalisant ainsi le type de la Vénus Hottentote. Les membres supérieurs, et encore plus les membres inférieurs sont augmentés de volume, présentant des bourrelets à leur racine. Les extrémités sont respectées.

La peau présente quelques plexus veineux.

Les douleurs spontanées ne se manifestent, actuellement, qu'à l'occasion d'une fatigue marquée : douleurs à formes de crampes.

Mais c'est par des douleurs que, six ans auparavant, l'affection semble avoir débuté : elles survenaient d'abord à l'occasion de la marche (siégeant aux membres inférieurs), puis devinrent continues, subissant cependant des exacerbations et des accalmies. La malade les localisait dans la profondeur, les comparant à des coups de bâton : « j'avais les jambes rompues », dit-elle.

Les douleurs ont persisté pendant deux ans, laissant à cette époque la malade presque impotente. Elles auraient disparu à la suite d'un traitement opothérapique (injection de gynocrinol).

Mais les douleurs provoquées sont encore très vives. La pression, même légère, est très douloureusement ressentie aux membres inférieurs (genoux surtout). Dans la région scapulaire, au niveau du dos, l'infiltration graisseuse n'est pas douloureuse. Au niveau des bras, la pression des masses molles pendantes est au contraire douloureuse.

On ne met pas en évidence d'hyperesthésie cutanée au tact ou à la piqûre.

Asthénie : fatigabilité assez rapide. Cependant il n'y a pas de diminution de la force musculaire.

Troubles psychiques : on note surtout des troubles légers du caractère, avec légère diminution de la mémoire.

Examen neurologique : réflexes, pupilles, etc., normaux. Signe du sourcil. Peu de poils aux régions axillaires et génitales. Frilosité assez marquée.

Selle turcique normale à la radio.

Glycosurie alimentaire : positive à 200 grammes.

Boulimie.

#### OBSERVATION IV

M<sup>me</sup> Fé..., 67 ans. *Syndrome de Dercum + polynévríte alcoolique.*

Adipose du type diffus, marquée surtout au niveau de l'abdomen, des membres inférieurs et de la région fessière. Les membres supérieurs sont relativement peu infiltrés.

Peau : varicosités nombreuses. Ecchymoses très faciles.

Douleurs : il n'y a pas de douleurs spontanées, et la malade n'en a jamais présentées.

Mais il existe des douleurs à la pression, d'ailleurs légères, et il semble bien qu'elles doivent être rapportées au syndrome de Dercum plus qu'à la polynévríte concomitante, car elles ne sont pas seulement ressenties à la pression des masses musculaires des membres inférieurs, mais aussi à la pression du tablier adipeux abdominal, à la pression de la racine des bras.

D'autre part, la malade présente une hyperesthésie cutanée très marquée, la recherche des divers modes de sensibilité provoque en effet des réactions de défense vives. Mais il peut s'agir moins de troubles relevant du syndrome de Dercum que de la polynévríte concomitante, et plus encore l'état psychique particulier de la malade.

Asthénie : elle est difficile à mettre en évidence. En effet, la malade marche très difficilement à cause de ses troubles polynévritiques surajoutés.

Troubles psychiques : ils sont ici évidents, mais il est plus facile de les constater que de les rapporter soit au syndrome de Dercum, soit à l'intoxication alcoolique évidente chez cette malade. Il peut s'agir en effet

d'une psychose polynévritique passée à l'état chronique.

Quoi qu'il en soit, les troubles de la mémoire tiennent ici une place prépondérante. Ils réalisent à peu près un syndrome de Korsakoff atténué. Il y a perte des souvenirs antérieurs, et cette amnésie d'évocation porte au maximum sur les souvenirs récents. Cependant, comme cette psychose doit évoluer déjà depuis longtemps, l'amnésie porte aussi bien, et par lacunes, sur les faits déjà anciens. Il y a également amnésie de fixation, la malade étant dans l'impossibilité d'acquérir des images nouvelles. Il n'y a pas de fabulation, mais la malade fait de fausses reconnaissances. Elle est d'ailleurs suggestible, et il est facile de lui faire reconnaître une personne quelconque.

Il y a intégrité apparente des autres facultés intellectuelles. Mais un examen plus précis montre qu'il existe cependant, outre de la suggestibilité, un certain degré de puérilisme mental, une certaine indifférence plutôt optimiste, coïncidant d'ailleurs avec des réactions émotives exagérées. Sensiblerie avec alternatives d'euphorie et de tristesse.

Examen neurologique : motilité ; dans la position couchée, on note une grosse diminution de la force segmentaire portant sur les quatre membres, et aussi bien sur les extenseurs que sur les fléchisseurs ; on ne note pas de prédominance nette sur un groupe musculaire. Pas de troubles de la coordination à l'examen couché (talon-genou, doigt-nez, etc.).

Par contre dans la station debout et la marche, on note des troubles marqués : la malade élargit sa base de sustentation, marche en talonnant et en regardant ses pieds (pseudo-tabétique).

Réflexivité : il y a abolition complète de tous les réflexes tendineux, aussi bien aux membres supérieurs

qu'aux membres inférieurs. Cutané plantaire en extension des deux côtés. D'ailleurs il y a du Babinski bilatéral spontané. Les pupilles sont égales, et réagissent bien à la lumière.

Sensibilité : la sensibilité subjective est normale, si l'on excepte quelques crampes passagères dans les membres inférieurs et un peu de fourmillement dans la main gauche.

La sensibilité objective : 1<sup>o</sup> superficielle, normale au tact et à la piqure, mais hyperesthésie généralisée. On relève des erreurs dans la recherche des cercles de Weber. Sensibilité thermique normale.

2<sup>o</sup> Sensibilité profonde : sens arthrocinétique normal.

Pallesthésie impossible à rechercher (douleurs).

Sens stéréognosique normal.

Il n'y a pas de troubles trophiques nets.

Pas de troubles des réactions électriques.

La selle turcique est normale à la radio.

Glycosurie alimentaire : passe avec 150 grammes de glucose.

Pas de boulimie, pas de polydipsie. B.-W. négatif.

Un examen ultérieur montre : les réflexes tendineux sont toujours abolis et Babinski positif. Mais il y a amélioration sensible du psychisme, surtout des troubles de la mémoire. Les hallucinations auditives qu'elle a eues autrefois, ont disparu maintenant.

## OBSERVATION V

M<sup>me</sup> Bl..., 54 ans. *Syndrome de Dercum, pseudo-bulbaire.*

Rien de notable dans ses antécédents, pas de fausse

couche. B.-W. négatif. Il y a trois ans, sans ictus, la malade avait constaté qu'elle ne pouvait pas se tenir debout ni marcher. Un mois après, en buvant un peu de vin chaud sa bouche est devenue paralysée. Elle est restée dix jours sans parler. Les liquides sortaient par le nez et elle avait de la difficulté pour avaler les aliments. Depuis elle présente des accès de rire et de pleurer spasmodiques.

Actuellement : c'est une femme très obèse, présentant une adipose à type Dercum.

Réflexes tendineux vifs, plus marqués à droite. Le réflexe cutané plantaire est en extension des deux côtés. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière.

Impotence marquée du membre supérieur droit.

Sensibilité : se plaint de douleurs continues dans les membres. Douleurs térébrantes, sensation de constriction.

Pas de troubles de la sensibilité objective, soit superficielle, soit profonde.

A la face : léger reliquat de paralysie faciale droite. Impossibilité de souffler. Troubles de la déglutition, rejet de liquides par le nez. (A l'examen : motilité et sensibilité du voile diminuée. Pharynx : motilité diminuée, pas de réflexe pharyngien. Larynx : motilité normale, sensibilité très diminuée).

Dysarthrie marquée. Grosses crises de pleurer et de rire spasmodiques.

Etat psychique : relativement peu de déficience intellectuelle. Légère diminution de la mémoire de fixation.

Nous tenons à remercier ici respectueusement M. le professeur Guillain, qui a bien voulu nous ouvrir son service de la Salpêtrière, où nous avons pu recueillir les observations qui suivent.

#### OBSERVATION VI (Personnelle)

M<sup>me</sup> Ga..., 78 ans. Ménopause à 38 ans.

Quatre enfants, dont deux actuellement vivants et deux morts en bas âge.

Fait remonter le début de son obésité exagérée à une quinzaine d'années, époque à laquelle elle s'est cassée la jambe (à la région malléolaire).

Avant son entrée à la Salpêtrière elle aurait pesé 122 kilos et ne pouvait plus marcher.

Depuis son entrée dans le service, après l'usage de certaines pilules qu'on lui avait prescrites, elle aurait beaucoup perdu de sa corpulence.

Elle présente de l'adipose diffuse : les membres inférieurs ont une forme cylindrique, pas de bourrelet net à la cheville, mais les pieds ont conservé leur volume normal.

Aux membres supérieurs l'adipose diminue graduellement de la racine aux extrémités : les mains sont indemnes.

Sous la partie inférieure du bras, il y a une grosse masse de graisse qui flotte.

Le ventre tombe en tablier et cache en partie la vulve.

Les fesses sont volumineuses et tombantes.

La palpation des masses adipeuses donne l'impression de masses confluentes, à surface lisse, à consistance

molle. Aux bras cependant on a la sensation d'une certaine lobulation, comme de petites granulations disséminées dans la gangue adipeuse.

La malade a eu quelques douleurs spontanées, mais peu marquées.

A la palpation, les douleurs sont surtout nettes au niveau des membres inférieurs.

L'asthénie est peu marquée, la malade ne se sent pas trop déprimée.

Sur la peau on note quelques varicosités.

Les poils sont peu fournis au pubis, inexistants aux aisselles.

La force segmentaire est bonne. Pas de troubles de la coordination.

Troubles sensitifs : peu de douleurs spontanées. Mais se plaint de céphalées sensation de froid aux extrémités (surtout les pieds).

Pas de troubles de la sensibilité, à aucun mode.

Troubles sensoriels : se plaint de quelques bourdonnements d'oreilles.

Les réflexes tendineux sont normaux. Babinski en flexion. Mais les pupilles sont inégales, et la pupille droite ne réagit pas à la lumière. Les pupilles sont troubles (cataracte en formation). L'acuité visuelle baisse.

Psychisme, jugement, raisonnement, affectivité normaux. Calcule très correctement.

Mais mémoire déficiente : amnésie de fixation, amnésie portant sur les faits récents : ne se souvient pas qu'on l'avait, dernièrement, changé de salle, ne se souvient pas que nous l'avions déjà examinée quelques jours auparavant, etc. Elle s'en rend compte d'ailleurs. Par contre les événements plus lointains sont conservés : se souvient de la guerre de 1870, de la Commune, etc.

## OBSERVATION VII (Personnelle)

M<sup>me</sup> Bu..., 71 ans; blanchisseuse. Entrée à la Salpêtrière il y a sept ans.

*Antécédents héréditaires.* — Ses parents eurent cinq enfants, dont elle est la seule vivante ; les quatre autres morts en bas âge.

*Antécédents personnels.* — A souffert de coliques hépatiques.

A toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de 53 ans.

A eu trois enfants, dont deux morts en bas âge, et un actuellement vivant et en bonne santé. N'a jamais eu de fausses couches.

Examen somatique : femme très grosse, mais ne peut pas préciser le début ni même la période d'accroissement marqué de son adipose.

Les membres inférieurs sont très gros, mais n'ont pas absolument un aspect cylindrique. Au bas de la jambe il n'y a pas de sillon tout à fait net, néanmoins un petit bourrelet sépare la jambe du pied, qui paraît normal, de des deux côtés.

Aux membres supérieurs l'adipose affecte une forme conique, et va en s'atténuant progressivement de la racine des membres à la main, qui est indemne de toute surcharge grasseuse. Sous l'aisselle, à la région supérieure du bras, il y a une grosse masse grasseuse flaccide et ballottante.

Le thorax et l'abdomen sont également envahis par la graisse, et la paroi abdominale retombe en bourrelet sur les cuisses.

L'adipose est diffuse, et on ne sent pas de noyaux lipomateux. Mais aux bras on a par la palpation la sensation de tâter des paquets de ficelle, ou un varicocèle.

De même que les pieds et les mains, la face ne présente pas de surcharge graisseuse anormale.

On ne remarque pas de troubles vaso-moteurs sur la peau, mais du psoriasis aux deux coudes et avant-bras.

Au point de vue trophique on peut remarquer seulement l'absence de poils aux aisselles.

Au point de vue de la sensibilité il faut noter que la malade n'a jamais souffert de douleurs spontanées pendant toute l'évolution de cette adipose.

A la palpation les masses adipeuses des membres supérieurs sont peu douloureuses. Mais par contre on réveille de fortes douleurs en appuyant sur les membres inférieurs.

Il n'y a pas de troubles sensitifs pour la perception du contact, de la douleur, du froid et du chaud.

La force musculaire paraît normale.

Les réflexes tendineux, difficiles à rechercher, paraissent affaiblis.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière.

L'asthénie n'est que peu marquée : la malade s'occupe de petits travaux et sort même parfois au jardin.

L'acuité auditive est diminuée, depuis fort longtemps.

A noter : si on lui fait étendre le bras, on remarque que les doigts sont animés d'un tremblement à oscillations courtes et fréquentes,

Psychisme : la mémoire, le jugement, le raisonnement, paraissent relativement satisfaisants.

Mais il faut souligner une certaine hyperémotivité : impressionnable, appréhende l'examen médical. Pleure facilement, à plusieurs reprises, au cours de l'interrogatoire. Tendance aux idées tristes.

### OBSERVATION VIII (Personnelle)

Mme Vi..., 70 ans. Rien de particulier dans ses antécédents. Trois enfants et plusieurs petits-enfants bien portants.

Grande femme, obèse à première vue. Dit elle-même qu'elle a la maladie de Dercum. Elle a été observée, suivie et présentée à des cours par M. le professeur Pierre Marie comme présentant ce syndrome.

Ne se plaint pas de douleurs spontanées actuellement. A la palpation les douleurs sont peu marquées, mais nettes.

Refuse absolument d'être examinée. Ne présente pas d'asthénie (elle sort plusieurs fois par semaine en ville voir sa famille), mais au contraire un certain état d'excitation : des yeux vifs, de la mimique, parle d'une voix forte. Logorrhéique : parle parfois fort longtemps sans qu'on puisse la faire taire.

Attitude agressive — ne veut pas être examinée (par « pudeur de femme » — « ne veut pas qu'on l'embête, sinon elle plaquera tout et s'en ira ailleurs »).

Irritable — se met facilement et fréquemment en colère. A toujours des réclamations à formuler : nourriture insuffisante, mauvais soins, etc., etc.

Au cours de l'entretien se montre parfois mequeuse, quelque peu maniérée, et même coquette.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous examinerons séparément les lésions microscopiques ou macroscopiques trouvées soit : localement dans l'*adipose*, soit dans divers *autres organes* (glandes endocrines le plus souvent), lésions qui permettraient d'établir une relation de causalité, de préparer une base anatomo-pathologique pour un essai de pathogénie.

*Adipose.* — Chez sa première malade, Dercum fixa déjà, au moyen de biopsies, quelques points de l'anatomie pathologique de l'*adipose* douloureuse. Avec un trocart il pratiqua plusieurs ponctions, à quelque temps d'intervalle, et examinant les fragments ainsi prélevés il trouva de petites masses translucides, comme de la gelée. Microscopiquement il vit : à une première phase du tissu conjonctif avec de grandes cellules fusiformes à gros noyau. Une deuxième préparation lui montra du tissu conjonctif peu abondant englobant des cellules graisseuses. Enfin une troisième préparation révéla du tissu conjonctif réticulé plus abondant, englobant quelques rares éléments vasculaires, et dans les mailles du réticulum des cellules adipeuses.

Ce qui correspond bien aux trois phases décrites dans

la symptomatologie : 1<sup>o</sup> œdème ; 2<sup>c</sup> adipeuse ; 3<sup>c</sup> scléro-adipeuse.

Macroscopiquement on ne constate pas de capsule fibreuse ni de plan de clivage autour des pseudo-lipomes, qui se continuent sans aucune démarcation avec l'infiltration graisseuse du voisinage (Guillain).

Un grand nombre de filets nerveux superficiels englobés dans la masse adipeuse sont frappés de *névrite interstitielle parenchymateuse* (G. Ballet).

*Lésions organiques.* — Voici les lésions plus souvent constatées :

*Système nerveux.* — Outre les lésions de *névrite interstitielle* des filets nerveux superficiels, Dercum dans sa première autopsie trouva une dégénérescence des cordons de Goll de la région cervicale et dorsale (il s'agissait d'une adipeuse à type supérieur). Burr vit une hydromyélie s'étendant jusque dans la région dorsale. Le groupe latéro-externe des cellules des cornes antérieures offraient un léger degré de chromatolyse. Il nota également une hydrocéphalie interne.

*Glandes endocrines.* — *Thyroïde.* — Elle est soit atrophiée, soit plus souvent hypertrophiée (Dercum, Guillain et Alquier, Marchand et Nouet), mais toujours sclérosée, cirrhone plus ou moins diffuse (G. Ballet) ou même véritable infiltration calcaire (Henry).

*Hypophyse.* — Elle est aussi fréquemment lésée. Dans l'observation de Dercum et Mac Carthy on note un adéno-carcinome ; « le corps pituitaire adhérait à la dure-mère de la selle turcique. Entre la glande et la dure-mère il y avait une couche calcaire de 1 à 3 milli-

mètres d'épaisseur, les trois quarts de la masse étaient composés d'une formation adéno-carcinomateuse. L'infiltration néoplasique, qui commençait dans la partie acineuse de la glande se continuait dans la portion cérébrale. »

Burr a constaté une tumeur du corps pituitaire se prolongeant dans les ventricules. C'était « une tumeur grosse comme une noix occupant le plan de l'hypophyse et englobant le chiasma optique ainsi que les nerfs optiques eux-mêmes. La tumeur s'étendait à l'intérieur du cerveau, passait à travers l'aqueduc de Sylvius qu'elle comblait entièrement, s'infiltrant dans ses parois, et remplissait la partie supérieure du 4<sup>e</sup> ventricule ». Guillaïn et Alquier ont trouvé une hypophyse très augmentée de volume (surtout dans sa portion glandulaire, la portion nerveuse paraissant moins touchée), à tissu conjonctif dense et abondant, avec une dégénérescence gliomateuse marquée.

*Glandes sexuelles.* — Les *ovaires* sont parfois petits et durs, du type scléreux (Burr), ou présentent une détérioration kystique (Henry). (A rapprocher des observations de Sicard et Roussy, où le syndrome de Dercum est apparu après ovariectomie.)

Les *testicules* ont été trouvés atrophiés, sans aucune trace d'activité fonctionnelle (Dercum et Mac Carthy), ou même frappés d'atrophie congénitale (Morlot et Gallois).

## ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'adipose douloureuse est une affection qui, dans la très grande majorité des cas, frappe des *femmes*. On connaît cependant une dizaine d'observations se rapportant à des hommes.

Autre particularité, c'est l'*âge* de ces malades. Dans la plupart des cas c'est entre 40 et 60 ans qu'on note le début de l'affection. Mais là encore on peut trouver des exceptions : dans l'observation de Hale White il s'agissait d'une jeune fille de 22 ans, avec début à l'âge de 12 ans ; dans celle de Spuller, c'est une femme de 32 ans ; dans le cas d'Achard, c'est une femme de 79 ans.

Dans la plupart des observations on a noté des troubles de la menstruation ou le début après la *ménopause*.

L'*hérédité nerveuse* paraît souvent lourde : dans les ascendants ou les collatéraux on retrouve de l'aliénation mentale, de l'épilepsie, de la chorée, de la débilité mentale.

Fait intéressant, nous avons pu trouver quatre observations où l'adipose douloureuse existait chez plusieurs membres d'une même famille, ascendants ou collatéraux, avec le caractère d'une *maladie familiale* : Chevers cite un malade (homme), dont le père et la sœur

étaient atteints de la même affection (adipose douloureuse). Hammond l'a vue chez deux sœurs, von Korynski chez quatre personnes de la même famille. Bolten chez quatre personnes également, appartenant à deux générations : une femme de 40 ans, sa mère, et ses deux tantes (deux sœurs de sa mère), et chez toutes les quatre l'adipose douloureuse a apparu au même âge : entre 35 et 36 ans.

Ce caractère familial du syndrome de Dercum est assez rarement observé, et méritait d'être signalé.

Voici pour les *causes prédisposantes*.

Quant à l'étiologie véritable, il faut avouer qu'elle est encore bien obscure.

On a proposé tour à tour diverses hypothèses :

Comme dans beaucoup d'affections on a invoqué tout d'abord le *traumatisme*. C'est une cause banale, une cause « à tout faire », qu'avec un peu de bonne volonté on peut retrouver partout. C'est la cause qu'incriminent spontanément aussi bien les malades atteints d'arthrite tuberculeuse, que les femmes qui ont un cancer du sein.

Néanmoins il y a peut-être là une parcelle de vérité, ainsi que nous le verrons en étudiant l'influence du système nerveux sur l'adipose, un traumatisme, et même un traumatisme psychique, une violente émotion, pouvant peut-être amener une perturbation fonctionnelle de celui-ci.

Une cause plus rationnelle est celle qui fait intervenir l'*intoxication*, que celle-ci soit *exogène* ou *endogène*.

Parmi les intoxications *exogènes*, Dercum a incriminé

l'*alcoolisme* (par le processus de la polynévrite). Mais on connaît bien la polynévrite alcoolique, et vraiment ses manifestations ne ressemblent pas beaucoup à celles de l'adipose douloureuse.

Comme toujours on a invoqué aussi la *sypilis*. Bien qu'elle ait été notée dans les antécédents héréditaires ou personnels de plusieurs malades, elle est pourtant loin d'être constante. D'ailleurs, vu la fréquence de la sypilis, il serait assez étonnant que le syndrome de Dercum demeure si rare.

De même Léon Bernard, de Massary, s'appuyant sur les recherches de Landouzy relatives à l'origine tuberculeuse de certaines adiposes viscérales, considèrent le syndrome de Dercum comme une *forme larvée de la tuberculose*. Mais les lésions tuberculeuses sont fort rares dans l'adipose douloureuse.

Aussi l'hypothèse d'une *intoxication\* endogène*, d'une lente *auto-intoxication par troubles glandulaires* semble bien plus acceptable. Et d'ailleurs l'anatomie pathologique y apporte un certain appui : en effet, dans presque toutes les nécropsies on a trouvé des lésions de glandes endocrines.

La *thyroïde* a été mise en cause. De fait, anatomiquement elle est souvent altérée (Dercum, Henry, Ballet, Guillaïn et Alcquier, Marchand et Nouet) et cliniquement on a noté la coexistence de l'adipose douloureuse avec des phénomènes basedowiens (Ghelfi) ou du myxœdème (Stern).

L'opothérapie thyroïdienne a eu des succès (cas de Claude et Sézary, par ex.) mais inconstants.

Avec non moins de vraisemblance on a fait intervenir les troubles de la sécrétion interne de l'*ovaire*.

En faveur de cette théorie on peut invoquer les lésions anatomo-pathologiques, le fait que l'adipose douloureuse survient presque toujours après la ménopause, les observations de Sicard et Roussy voyant le début de l'affection immédiatement après ovariectomie.

On connaît d'ailleurs depuis longtemps l'influence des glandes génitales sur l'accumulation de la graisse. Les animaux castrés (ainsi les chapons) sont presque toujours gras. Les femmes engraisent souvent après la ménopause, présentant parfois de l'asthénie, des troubles du caractère, une certaine instabilité (exubérance, crises de larmes, etc.).

Et il est assez curieux de comparer les symptômes qui suivent habituellement la castration avec le syndrome de Dercum.

Ainsi dans la statistique chirurgicale de Glaewecke (citée par Jayle) on note ce qui suit :

Sur 100 ovariectomisées :

*Adipose :*

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Pas de modifications.....       | 7,5 % |
| Augmentation moyenne.....       | 35 %  |
| Augmentation considérable ..... | 57 %  |

*Troubles mentaux :*

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| Pas de changement de l'état mental | 38 % |
| Changement dans l'état mental ...  | 62 % |

Parmi ceux-ci : dépression mélancolique : 50 % ;

légère excitation : 37 %. L'asthénie et la douleur ont été notées également.

Cependant l'opothérapie ovarienne n'a guère donné de résultats encourageants dans l'adipose douloureuse.

D'autres auteurs inclinent à penser que l'*hypophyse* doit avoir un rôle important dans la pathogénie du syndrome de Dercum.

Depuis les travaux de Cushing, Babinski, Frœlich, Launois et Cléret on connaît le rôle de la glande pituitaire dans l'éclosion de quelques formes d'obésité. Le *syndrome adiposo-génital* est assez nettement individualisé, et son adipose, surtout tronculaire et rhizomélique, se rapproche assez de celle de l'adipose douloureuse.

En étudiant plus loin le rôle du système nerveux nous verrons ce qui revient à l'hypophyse (et à sa sécrétion interne) et ce qui revient peut-être à des *régions encéphaliques voisines* (rôle mécanique, compressif, des tumeurs hypophysaires sur la portion basilaire du cerveau).

Quoi qu'il en soit, Dercum et Mc Carthy, Burr, Guilain et Alequier ont constaté, au cours des nécropsies d'adipose douloureuse des lésions nettes de la glande pituitaire.

Williams rapporte une observation d'une jeune fille de 25 ans chez laquelle évolua rapidement une adipose douloureuse, avec narcolepsie. Cette jeune fille présentait en même temps des troubles oculaires (rétrécissement du champ visuel, diminution de l'acuité visuelle), des maux de tête. Une radiographie latérale du crâne

montra un aggrandissement et un approfondissement de la selle turcique. Bref, des signes cliniques d'une tumeur de la région hypophysaire. La radiothérapie amena, d'ailleurs, quelque amélioration.

Mais quelle que soit la glande endocrine à incriminer, qu'il y ait même action concentrée de *troubles pluri-glandulaires*, il paraît indéniable que, soit comme *primum movens*, soit comme intermédiaire, le *système nerveux* a une *importance essentielle* dans la genèse du syndrome de Dercum.

Le système nerveux, en effet, est le grand régulateur du métabolisme, du trophisme cellulaire.

L'adipose douloureuse, dans ses deux termes, dans ses deux symptômes qui les définissent, suppose par là même la participation du système nerveux : d'une part *adipose*, donc trouble de la nutrition, d'autre part les *douleurs*. Sans parler de ses autres manifestations : asthénie, troubles mentaux, troubles vaso-moteurs ou trophiques, etc.

D'ailleurs on connaît nombre de lipo-dystrophies et d'obésités où le rôle des perturbations du système nerveux a pu être mis en évidence.

Worthington, Du Castel, Leven ont rapporté des cas d'obésité survenus après un « ébranlement » du système nerveux, soit par *traumatisme* physique (accidents divers), soit même après des traumatismes *psychiques* (émotions violentes). Qu'il faille pour cela un « terrain » spécial, souvent une certaine hérédité névropathique, elle est très probable (et d'ailleurs on trouve

très fréquemment cette hérédité névropathique dans l'adipose douloureuse).

De nombreuses *affections et lésions du système nerveux* peuvent s'accompagner de troubles dans la répartition de la graisse :

Vergnes a noté l'existence d'adiposités sous-cutanées localisée dans presque toutes les amyotrophies (pas dans l'atrophie progressive Aran-Duchenne), dans les atrophies musculaires consécutives à la névralgie sciatique, aux hémorragies cérébrales, aux tumeurs cérébrales, aux lésions médullaires, à la paralysie infantile.

Porson rapporte une observation où une section complète du nerf sciatique avait provoqué une paralysie du membre avec atrophie, des ulcérations perforantes, et une adipose de la jambe.

On a signalé des névralgies de longue durée ayant provoqué de l'adipose localisée, sans autre trouble trophique (Landouzy).

On a cité des cas d'obésité marquée après plusieurs attaques d'hémiplégie (Teissier).

Babonneix et Denoyelle ont constaté de l'obésité après hydrocéphalie.

Nobécourt, Livet, etc., ont observé de l'obésité post-encéphalitique.

Expérimentalement Camus et Roussy, Bailey et Brener ont réalisé un véritable syndrome adiposogénital chez le chien par lésion du tuber cinereum, par irritation de l'infundibulum et du plancher du troisième ventricule.

Les observations cliniques de Lereboullet tendent également à souligner le rôle du système nerveux central dans nombre d'obésités.

D'ailleurs déjà Jules Soury rappelant les recherches de Belmondo, ses expériences sur les pigeons décérébrés tendant à établir que « les hémisphères n'exerceraient leur influence trophique ou régulatrice d'échange que par l'intermédiaire des centres nerveux inférieurs, des centres mésocéphaliques », conclut en disant que « ces expériences prouvent l'action régulatrice exercée par le cerveau sur le métabolisme organique, sous forme d'action trophique servant à exciter la rénovation des tissus » (cité par Lereboullet).

Et dans une étude sur la *Lipodystrophie progressive* Long et Bickel déclarent également que « l'importance trophique du système nerveux sur le développement du tissu adipeux s'affirme comme essentielle ».

Mais pour en revenir au sujet plus limité que nous étudions, à la pathogénie de l'adipose douloureuse, quelles sont les hypothèses qui permettraient de comprendre le rôle du système nerveux vis-à-vis de cette affection ?

On sait que l'adipose douloureuse débute par un gonflement œdémateux, s'accompagnant de troubles vaso-moteurs et évoluant par poussées paroxystiques vers l'adipose. Ce début est assez semblable à celui des œdèmes nerveux, au trophœdème de Meige.

Mais quelle est la partie du système nerveux responsable de ces troubles trophiques ?

Il faut avouer que rien de précis ne peut encore, pour le moment, être affirmé et confirmé.

Se basant sur la *névrite* fréquemment rencontrée dans les examens anatomo-pathologiques, on a pu admettre (Dercum et d'autres auteurs) que c'est une *polynévrite* qui est à l'origine de l'adipose douloureuse, polynévrite produite par une intoxication X (endo ou exogène). Elle expliquerait les douleurs. Mais l'*asthénie*, les *troubles mentaux* ? Il faudrait alors supposer une *encéphalopathie toxique* concomitante.

Et cette névrite ne pourrait-elle pas être d'origine centrale, *médullaire* ? Là encore des autopsies ont montré des lésions (Dercum : dégénérescence des cordons de Goll ; Burr : hydromyélie, chromatolyse des cellules de la région latéro-externe des cornes antérieures).

Cependant il faut noter que l'adipose ne suit pas le trajet des branches nerveuses ou un trajet radiculaire.

Ou bien admettre encore, ce qui paraît très plausible, la participation et du *système périphérique* et du *système central* par *lésion cérébrale*. Il y aurait ainsi à la base du cerveau, dans la *région hypophyso-tubérienne*, un centre qui commanderait l'accumulation des graisses. L'observation de Williams, la constatation par Burr d'une hydrocéphalie, et les diverses constatations se rapportant à l'hypophyse, seraient peut-être de nature à confirmer cette pathogénie ?

D'ailleurs, d'après les derniers travaux sur la question (Pines, de Léninegrad, A. Collins, Abel, Lhermitte) la glande pituitaire et la région hypophysaire auraient plus que des relations de voisinage : d'une part les

fonctions de l'hypophyse dépendraient d'un centre régulateur ; d'autre part les produits de sécrétion de celle-ci se déverseraient dans le cerveau moyen.

Intoxications, perturbations humorales par le système endocrinien, perturbations du système sympathique, du système nerveux, voilà, sans doute, les conditions essentielles.

Mais quant à préciser le rôle et les modalités d'action de celles-ci, cela nous est encore impossible.

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la maladie de Dercum est, en général, relativement facile.

Cependant on ne voit les malades, dans la plupart des cas, que longtemps après les débuts de l'affection, lorsque celle-ci est déjà bien constituée. On se trouve alors devant une adipose plus ou moins diffuse, plus ou moins douloureuse, dont on reconstitue parfois malaisément l'évolution, faute de souvenirs précis des patients.

Néanmoins cet aspect tout particulier, la localisation de l'adipose, les douleurs à la palpation, orientent le plus souvent vers le diagnostic exact.

Mais il y a parfois certaines analogies avec d'autres états morbides, avec d'autres dystrophies du tissu sous-cutané, qui nécessitent un diagnostic différentiel.

### 1<sup>o</sup> FORMES NODULAIRES.

La *maladie de Recklinghausen* (neuro-fibromatose généralisée) se caractérise par des tumeurs cutanées, des tumeurs des nerfs, des taches pigmentaires et des troubles fonctionnels : crampes douloureuses, troubles sensitifs, un psychisme spécial (à forme de débilité mentale).

Les tumeurs siègent sur le tronc, le cou, les membres, parfois même la face. Elles sont en général *indolores*. En plus de ces tumeurs cutanées la palpation en montre d'autres, plus profondes, isolées ou en chapelet *sur le trajet des nerfs* (elles sont mobiles latéralement, immobiles dans le sens de la longueur).

Enfin cette maladie est congénitale, ou apparaît dans les premières années de la vie.

*Lipomes symétriques des extrémités.* — Siègent surtout aux avant-bras, la partie inférieure du tronc et la partie supérieure des cuisses. Ils sont nettement symétriques. Ils apparaissent avant l'âge adulte, sans manifestations douloureuses. Parfois cependant ils sont douloureux, et c'est dans ces cas qu'on peut les confondre avec la forme nodulaire de la maladie de Dercum.

## 2<sup>o</sup> FORMES DIFFUSES.

*Adéno-lipomatose* (Launois et Bensaude). — La graisse se localise de préférence sur le cou, la nuque et la région cervico-faciale : une collerette grasseuse contenant une tête en forme de poire. D'autres masses lipomateuses peuvent siéger dans le creux sus ou sous-claviculaire, dans les aisselles, dans les cuisses, dans toutes les *régions lymphatiques*.

Cette affection évolue sans douleur, et frappe presque exclusivement l'homme.

*Lipodystrophie progressive* caractérisée par la « coexistence d'une atrophie progressive de la graisse occupant la face, le tronc et les membres supérieurs avec une

hypertrophie graisseuse des membres inférieurs : c'est, si l'on veut, un déplacement de la distribution graisseuse normale. L'hypertrophie débute par les fesses et les cuisses et gagne progressivement la totalité des membres inférieurs, en laissant les pieds intacts » (Léri).

Le diagnostic des *œdèmes nerveux* est parfois délicat. Et d'ailleurs la pathogénie de l'adipose douloureuse, avec sa « phase œdémateuse » du début, en est peut-être assez rapprochée ? Citons parmi ceux-ci : l'*œdème secondaire* : des *hémiplégiques*, des *affections médullaires*, des *névrites périphériques*.

*Trophœdème* (H. Meige). — C'est de l'*œdème* et non de l'adipose. Il est souvent unilatéral, touche aussi bien les mains et les pieds que les bras et les jambes. C'est une affection congénitale, ou tout au moins du jeune âge — souvent héréditaire — Elle est indolore.

*Pseudo-œdème catatonique*. — Touche surtout la face dorsale du pied et les jambes. S'accompagne souvent de troubles vaso-moteurs : acro-cyanose, asphyxie, des extrémités.

Il peut d'ailleurs coexister avec un syndrome de *Dercum* (Dide).

*Myxœdème*. — Fréquent surtout chez les enfants.

Peut difficilement être confondu avec l'adipose douloureuse : c'est là un tissu *mucoïde* et non adipeux, la peau est épaisse et sèche. La face est bouffie, et les extrémités sont également atteintes. Il n'y a pas de douleurs. Il y a de la torpeur intellectuelle, etc., etc.

*Obésité banale*. Il y a une répartition *diffuse* de la

graisse. Pas de masses « lipomateuses ». Pas de douleurs nettes, pas de crises paroxystiques.

Il semble donc bien qu'un certain « habitus », la répartition spéciale des masses graisseuses, les douleurs et les autres symptômes, permettent toujours, sauf cas « limites » particuliers, de poser le diagnostic adéquat.

## DIAGNOSTIC DES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LE SYNDROME DE DERCUM

Nous avons vu, à la symptomatologie des troubles psychiques, la variété et le polymorphisme de l'état mental au cours de l'adipose douloureuse. Des symptômes psychiques ainsi présentés, il est assez malaisé de tracer un « tableau symptomatique » cohérent se rapportant au syndrome de Dercum.

Et d'abord, appartiennent-ils tous en propre à ce syndrome ? N'y a-t-il pas souvent coïncidence, ou tout au moins action de facteurs extrinsèques ? Il ne serait peut-être pas inutile d'essayer d'« interpréter » ces symptômes, de faire les discriminations nécessaires.

Etant donné l'âge souvent assez avancé de ces malades, il convient tout d'abord d'éliminer les perturbations psychiques dues à la *sénilité*.

Mais il faut noter dès l'abord que la maladie de Dercum ne se montre pas si fréquemment chez le vieillard : si nombre d'observations, et les nôtres également, se rapportent à des individus âgés, cela tient simplement au champ d'investigation, qui était un hospice de vieillards. Et quantité d'autres observations montrent le début de l'affection (avec les troubles psychiques) à un âge relativement jeune.

Evidemment il peut y avoir association avec un certain degré de *démence sénile*, mais plus souvent les symptômes diffèrent sensiblement : dans le syndrome de Dercum il y a plutôt *dysmnésie* qu'amnésie véritable, et un certain effort peut faire réapparaître à la surface des souvenirs qui semblaient perdus. Dans la *démence sénile*, surtout dans la forme « *presbyophrénique* », il y a un état d'apathie, d'indifférence affective, ou bien un état d'euphorie vague assez différent du caractère triste ou même franchement mélancolique de certains Dercum. Et, en général, chez ces derniers, il y a moins de déchéance mentale globale que chez les séniles typiques.

Un autre diagnostic à faire est celui de l'*alcoolisme*. Celui-ci a été assez souvent noté dans les antécédents pour qu'on en ait fait un des facteurs étiologiques possibles. Rappelons l'observation de Deny et Le Play, l'observation de Féré, l'observation de Rénon et Louste, l'observation de Roux et Vitant, l'observation III avec les signes de polynévrite alcoolique et syndrome de Korsakoff atténué. Les rêves professionnels, les cauchemars, les troubles hallucinatoires semblent devoir y être rattachés. La malade de l'observation III, à la suite d'un régime approprié, a vu s'amender certains troubles psychiques (notamment des hallucinations).

La *syphilis* doit toujours être recherchée. Dans l'observation de Hale-White l'hérédo-syphilis était patente, chez cette jeune fille dont l'affection débuta à l'âge de 12 ans et on peut certainement lui imputer les crises

à caractère épileptiforme, et cet état de débilité mentale, de puérilisme, qu'elle présentait.

Un autre diagnostic différentiel, qu'il convient de faire systématiquement dans tout examen psychiatrique, c'est la *paralysie générale*. Son début peut avoir des aspects tellement polymorphes qu'il faut toujours y songer. D'ailleurs Hallopeau et Boudet ont publié un cas d'association de maladie de Dercum avec la paralysie générale. Les signes propres, physiques ou biologiques, assureront le diagnostic de la paralysie générale.

C'est encore la syphilis et une hérédité névropathique fréquemment chargée (parfois l'alcoolisme des ascendants), qu'on doit accuser de l'association de l'adipose douloureuse avec l'*épilepsie*, que nous retrouvons dans les observations de Féré, de Hale-White, de Prunier (nécropsie de Marchand et Nouet), avec ce caractère sombre, irritable, se terminant souvent par la démence.

Autre association rencontrée plusieurs fois, c'est celle de la *démence précoce* caractérisée (obs. de Dide et Leborgne, de Rogues de Fursac). Quelqu'idée qu'on se fasse de l'étiologie de la « schizophrénie » (auto-intoxication, troubles du métabolisme par altération glandulaire, etc.), et bien que cette étiologie puisse être rapprochée de celle de l'adipose douloureuse, il ne nous semble pas qu'il faille y voir plus qu'une simple association morbide.

Sans rechercher également une possibilité de rapport pathogénique, contentons-nous de signaler la conco-

mitance du syndrome de Dercum avec un *syndrome pseudo-bulbaire*, rire et pleurer spasmodiques (obs. de Gaucher et Nathan, obs. IV).

Il serait encore nécessaire de distinguer les perturbations psychiques liées à des *lésions circonscrites du cerveau* (hémorragie ou ramollissement par thrombose), comme, peut-être, l'observation de Raymond et Guilain où après un ictus suivi d'hémiplégie droite avec aphasie, la malade présenta une amnésie progressive et des idées délirantes de persécution.

Guelfi a observé un cas d'adipose douloureuse chez une malade atteinte de *goitre exophtalmique*, et on connaît assez bien le psychisme particulier des malades, l'instabilité mentale, l'irritabilité avec des périodes de dépression, et même des formes mélancoliques.

Mais là, il faudrait remettre en discussion tout le problème de l'étiologie même de l'adipose douloureuse, avec l'hypothèse des *troubles endocriniens*, et de la mutuelle dépendance des glandes à sécrétion interne.

Et rien ne ressemble plus à ce qui nous semble être l'aspect légitime du psychisme de l'adipose douloureuse, que celui de l'insuffisance ovarienne tel que l'a décrit Jayle : abattement physique, affaiblissement de la mémoire, modifications du caractère, irritabilité, tendance à l'hypocondrie, tristesse, idées de suicide, diminution générale de l'énergie.

Voilà ce qui nous paraît, à peu de choses près, le tableau psychique du syndrome de Dercum.

Il est évident, par ailleurs, que, ainsi que dans tout autre chapitre de la nosographie, ces symptômes peu-

vent être plus ou moins atténués, et doivent être recherchés systématiquement et minutieusement (ce que divers auteurs ont négligé de faire), que le syndrome de Dercum peut, dans quelques cas (ainsi que tout syndrome morbide) être fruste, et que les troubles psychiques peuvent lui manquer.

Néanmoins il nous semble que dans la description de l'adipose douloureuse il est bon de conserver la tétrade symptomatique classique et, après élimination de divers troubles psychiques « associés », noter ceux qui paraissent lui appartenir en propre, c'est-à-dire : outre quelque déficience de la mémoire, surtout des troubles du caractère et de l'humeur, avec tendance à la dépression mélancolique.

## PRONOSTIC

Le pronostic de l'adipose douloureuse touchant l'évolution de l'affection elle-même est franchement mauvais.

En effet, si dans quelques rares cas on a signalé des rémissions passagères, on n'a par contre jamais constaté de guérison véritable, ni même d'amélioration notable et prolongée.

La thérapeutique s'est montrée absolument décevante, et les divers traitements proposés, variés comme les hypothèses pathogéniques qui les ont fait naître, n'ont pas donné de résultats véritablement probants.

Cependant le pronostic *quoad vitam* n'est pas particulièrement touché par cette affection, et ces malades peuvent fournir encore une longue carrière, la mort survenant du fait d'une affection intercurrente (pulmonaire, cardiaque ou rénale le plus souvent).

Mais si la survie est parfois longue, il faut considérer l'existence réservée à ces malades : affligés de douleurs parfois intolérables, asthénisés, rendus pour ainsi dire infirmes du fait de leur obésité exagérée, ils sont condamnés à une vie absolument inactive, ou même purement « végétative », passée continuellement au lit.

Leur caractère irritable, leurs idées tristes, ou même franchement mélancoliques, ne font d'ailleurs qu'assombrir encore leur existence.

## TRAITEMENT

Ce que nous en avons dit au chapitre du pronostic nous dispense de nous étendre longuement au sujet de la thérapeutique de l'adipose douloureuse.

Ramassée dans son aspect essentiel, la question se présente ainsi : 1<sup>o</sup> il n'y a pas, jusqu'à ce jour, de traitement spécifique ; 2<sup>o</sup> selon la conception pathogénique envisagée, divers produits ont été tour à tour prônés puis abandonnés, avec des résultats variables selon les auteurs ; 3<sup>o</sup> quelle que soit, par ailleurs, la conception qu'on se fasse de cette affection, et le scepticisme qu'on éprouve vis-à-vis de telle ou telle thérapeutique, nous nous trouvons en face d'un malade, et qui souffre. Notre devoir est de le soulager. Ainsi se trouve justifié et indiqué le *traitement symptomatique*.

*Traitement pathogénique. Opothérapie thyroïdienne.* — Le premier qui semble avoir tenté l'opothérapie thyroïdienne, c'est Ewald (1895). Guidiceandrea, Roux et Vitant, Oddo et Chassy, Claude et Sézary ont rapporté aussi les résultats favorables qu'ils ont obtenus par cette médication. Mais à les considérer dans l'ensemble, on voit que les améliorations ont été assez fugaces, ou bien qu'elles ont consisté surtout dans une certaine diminution de l'adipose (et d'ailleurs l'extrait thyroï-

dien paraît agir symptomatiquement contre les obésités de toutes natures). Les douleurs, et les autres symptômes n'ont été que peu influencés.

D'autres auteurs, par contre (Eshner, Hale-White), n'ont eu que des résultats négatifs.

*Opothérapie ovarienne.* — Les observations cliniques et nécropsiques ayant montré plusieurs fois de l'insuffisance génitale et aussi les observations de Sicard et Roussy constatant l'apparition d'un syndrome de Dercum après ovariectomie, on serait de même autorisé à essayer cette médication.

*Opothérapie hypophysaire.* — Là encore, s'appuyant sur les constatations anatomo-pathologiques (lésions de l'hypophyse), et sur une certaine analogie avec le syndrome adiposo-génital de Frellich, on pourrait, avec Dellucq et Allaux, tenter l'opothérapie de la glande pituitaire.

Ou bien encore, étant donné la corrélation, l'harmonie fonctionnelle entre les diverses glandes endocrines d'une part, et d'autre part que l'adipose douloureuse n'a peut-être pas une cause univoque, tout au moins exclusive, il serait assez rationnel de faire des essais d'*opothérapie pluriglandulaire*. On a fait des objections assez fondées contre cette médication quelque peu empirique, cette sorte de Thériaque moderne. Mais en l'absence provisoire de données plus positives, ce traitement ne devrait pas être rejeté; même en considération de ses propriétés pharmacologiques plutôt que comme opothérapie substitutive.

*Agents physiques.* — L'*hydrothérapie*, les douches

tièdes à 34°, des bains chauds peuvent être essayés.

Par la *Röntgenthérapie* Boudet aurait obtenu quelques succès (amaigrissement, amélioration des autres symptômes).

*Traitement chirurgical.* — Il a pu être tenté dans des formes nodulaires, pour enlever un nodule particulièrement douloureux et gênant (cas de Roux et Vitant).

Mais outre qu'il n'atteint pas la cause du mal, il est évidemment impraticable dans les formes plus ou moins diffuses, les plus fréquentes.

*Traitement symptomatique.* — Contre les douleurs on peut obtenir des sédations par le salicylate de soude, l'aspirine et les divers *analgésiques* couramment employés.

Dans les formes très déprimantes, avec *asthénie* marquée, on a conseillé les *toniques*, les composés arsenicaux même, la strychnine.

## CONCLUSIONS

Le syndrome de Dercum, ou adipose douloureuse, à étiologie, glandulaire ou nerveuse, encore indéterminée, présente essentiellement quatre symptômes.

1<sup>o</sup> *Adipose*, plus ou moins diffuse, à prédominance rhizomélisque, épargnant le plus souvent la face et les extrémités.

2<sup>o</sup> *Douleurs*, soit spontanées, soit provoquées, au niveau des masses adipeuses.

3<sup>o</sup> *Asthénie*.

4<sup>o</sup> *Troubles psychiques*.

Ces derniers, plus ou moins atténués dans leur expression, demandant souvent à être recherchés systématiquement, se rencontrent dans nombre des cas.

Après élimination de troubles psychiques « associés », fréquemment observés (ceux-là ayant pour origine la sénilité, l'alcoolisme, la syphilis, la paralysie générale, l'épilepsie, les lésions cérébrales circonscrites, la démence précoce, etc.), il reste les symptômes psychiques qu'il semble légitime d'attribuer et de rattacher au syndrome de Dercum lui-même.

Ces symptômes sont essentiellement : un certain degré d'amnésie, ou tout au moins de dysmnésie, des troubles du caractère, avec irritabilité ou hyperémo-

tivité, des troubles de l'humeur avec tristesse, dépression mélancolique. Dans certains cas extrêmes on a vu celle-ci aller jusqu'au délire mélancolique avec idées de suicide.

Il y a cependant des cas où ces symptômes sont atténués, jusqu'à être pratiquement inexistants.

Dans cette éventualité on peut se trouver en face d'un syndrome de Dercum fruste, sans troubles mentaux.

*Vu, le Doyen,*

ROGER.

*Vu, le Président,*

H. CLAUDE.

**Vu et permis d'imprimer :**

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

S. CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et LAUBRY. — Adipose douloureuse. *Rev. de Neurol.* avril 1901.
- BABONNEIX et SPANOWSKY. — Deux cas d'adipose douloureuse. *Bullet. Soc. Méd. des Hôpit.*, 1913, p. 432.
- BALLET (Gilbert). — L'adipose doulour. *Presse Médicale*, 1903, p. 285.
- BERNARD (L.). — L'adipose doulour. d'origine tuberculeuse. *Bulletin de la Soc. de Médecine des Hôp. de Paris*, août 1907, p. 658.
- BERKOWITCH. — De l'obésité d'origine génitale chez la femme et de ses rapports avec l'obésité douloureuse. Th. de Paris, 1908.
- BILLINGS. — Adipose dolorosa. *Illinois Med. Journ. Springfield*, 1903, p. 349.
- Adiposis dolorosa. *Chicago Medical Record*, 1903, p. 297.
- BOLTEN. — Een Geval van familiaare adipositas dolorosa. *Nederlandsch. Tijdschr. voor Geneeskunde-Haarlem*, 1925, p. 1433.
- BONDET. — Lipomatose symétrique et douloureuse. *Bulletin Medical*, 1904, p. 817.
- BORDE. — Etude clinique sur les relations existant entre la maladie de Dercum et l'adipose simple. Thèse de Paris, 1906-1907.
- BOUJU. — Lipomes multiples symétriques. Th. Paris, 1852.
- BURR. — A case of adiposis dolorosa with necropsy. *The Journal of Neurolog. and. Mental Diseases*. New-York, 1900, p. 519.
- CHEVERS. — *Brid. Med. Journ.*, 1904, p. 781.
- CLARK. — Case with symptoms of Dercums Disease with hysterical manifestations. *The Journ. of newarsand mental dis.* New-York, 1919.

- CLAUDE et SÉZARY. — Adipose douloureuse avec asthénie. Action remarquable de l'opothérapie thyroïdienne. *Gazette des Hôpitaux*, 1913, p. 69.
- COLLINS. — A text-book of nervous Diseases. Philadelphia, 1895.
- CRÉMIEUX. — Contribution à l'étude de la lipomatose multiple symétrique. Thèse de Montpellier. 1904.
- CROUZON. — Note sur un cas de mal de Dercum. *Revue de Neurol.*, juin 1907.
- DAMMANN. — Zur Pathologie der Adiposis dolorosa. *Frankfurt. Ztschr. für Pathologie*, 1913.
- DEBOVE. — Adipose douloureuse. *Presse médicale*, juillet 1901  
— La forme lipomateuse de l'adipose douloureuse. *Journal de Méd. interne*, février 1905.  
— Lipomatose douloureuse. *Gazette des Hôpitaux*, sept. 1904, p. 1069.
- DELLUCQ et ALLAUX. — Adipose douloureuse. *Presse Médicale*, 1904, p. 504.
- DENY et LE PLAY. — Adipose sous-cutanée symétrique et segmentaire chez une démente alcoolique et hérédosyphilitique. *N<sup>lle</sup> Iconographie de la Salpêtrière*, sept.-oct. 1903.
- DERCUM. — A subcutaneous connective tissue dystrophy of the arm and the back associated with symptoms resembling Myxoedema. *American neurological association*, 18 sept. 1888 et *Boston Medical and surgical Journal*, n° 14, 4 oct. 1888.  
— Three cases of hitherto unclassified affection resembling in its grosser aspects obesity, but associated with special nervous symptoms. Adiposis dolorosa. *The Amer. Journ. of medical Sc.*, novemb. 1892.  
— Autopsy in a case of adiposis dolorosa, with microscopical examination. *The Journ. of. neurol. and mental. diseases*, ang. 1900.
- DERCUM and MAC CARTHY. — Autopsy in a case of adiposis dolorosa. *The Amer. Journ. of Medical Sc.*, déc. 1902.
- DIDE. — Le pseudo-œdème catatonique. *N<sup>lle</sup> Icon. de la Salpêtrière*, déc. 1903.
- DIDE et LEBORGNE. — Un cas de mal de Dercum. *Soc. de Neurol.*, oct. 1903.
- DUPRÉ et GIROUT. — *Soc. de Neurologie*, 8 novembre 1906.

- ESHNER. — A case of adiposis dolorosa. *The Philad. Med. Journ.*, oct. 1898.
- EWALD. — Adiposis dolorosa. *Berliner Klinisch. Wochenschr.*, janv. 1895.
- FÉNARD. — L'adipose douloureuse segmentaire, rhizomélique (mal de Dercum). Thèse de Paris, 1901-1911.
- FÉRÉ. — Adiposis dolorosa. *Médecine Moderne*, 18 déc. 1898.
- Adiposis dolorosa. *Revue de Médecine*, août 1901.
- FOOT, GOOD and MENARD. — A case of adiposis dolorosa, with necropsy. *Amer. Journ. of Pathology*. Boston, 1926, p. 251.
- FOURNIER. — Syndrome de Dercum par hypoovarie syphilitique. *Ann. des mal. vénériennes*, 1919.
- FRANKENHEINER. — Adiposis dolorosa. *The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 28 mars 1908, p. 1012.
- FRESSINEAU. — Contrib. à l'étude de l'adipose douloureuse. Th. de Bordeaux, 1904-1905.
- FULCONIS. — Maladie de Dercum et lipomatose douloureuse symétrique. Th. de Lyon, 1904-1905.
- GAUCHER. — Adipose douloureuse. *Journ. des mal. cut. et syphil.*, 1906, p. 266.
- GHELFI. — Syndrome de Dercum avec phénomènes basedowiens. *Bollet. della Cliniche*, sept. 1904, p. 389.
- GRUBER. — Dercumschhe Krankheit. *Monatschr. fur Unfallheil-Kunde-Leipzig*, 1926, p. 121.
- GUIDICEANDREA. — Adiposis dolorosa. *Rivista di Patologia neurol. e mentale*, juil. 1900.
- Rapports cliniques et pathogéniques entre la maladie de Dercum et quelques formes voisines. *Il Polichinico sezione pratico*, févr. 1902.
- GUILLAIN et ALCQUIER. — Etude anatomo-pathologique d'un cas de maladie de Dercum. *Arch. de Méd. experim. et d'Anat. pathol.*, 1906, p. 680.
- GUIMBAUD. — De la ménopause à la folie. Th. de Paris, 1894.
- HALE-WHITE. — A case of adiposis dolorosa. *Brit. Med. Journ.*, 2 déc. 1899.
- HALLOPEAU et BOUDET. — Sur un cas de lipomatose de la maladie de Dercum avec caractères particuliers, Soc. franç. de Dermatol. et de Syphiligr., 6 déc. 1906, p. 1065.
- HAMMOND. — An instance of adiposis dolorosa in two sisters. *Brit. Med. Journ.*, 1904, p. 121.

- HASKOVEC. — Un cas d'adipose douloureuse. *Rev. de Neurol.*, 15 déc. 1906.
- HENRY. — A case of myxoedematoid dystrophy. *The Journ of Neurol. and mental diseases*, May 1891.
- HOVE. — Adiposis dolorosa in two cases. *Medic. Journ. of Australia*. Sydney, 1926, p. 488.
- HOUÉE. — Maladie de Dercum. Th. de Paris, 1904.
- JACQUEMIN. — Etude critique des rapports du goître exophtalmique et de l'aliénation mentale. Th. de Montpellier, 1980-1891.
- JAYLE. — De l'insuffisance ovarienne. *Rev. de Gynécol.*, 10 déc. 1891.
- JOFFRES. — De l'adipose douloureuse sans troubles psychiques marqués. Th. de Paris, 1906-1907.
- JUDLICH. — Zur Nosologie und Therapie der Dercumschen Krankheit. *Medizin, Klinik*, 1925, p. 1189.
- KARPINSKI. — L'adipose douloureuse comme trouble de la nutrition. *Recueil de travaux psychiatr. et neurol.* St-Petersbourg, t. II, p. 513.
- KLINGMANN. Adiposis dolorosa. *New-York Medic. Journ.* nov. 1908.
- KORCZYNSKI. — *Medizin. Klinik*, 1914, p. 1181.
- LANDOUZY. — *Revue Neurol.*, janv. 1878.
- LE MEIGNEN. — L'adipose douloureuse symétrique. *Gaz. méd. de Nantes*, 1906, p. 441.
- LE MEIGNEN et LEVESQUE. — Un cas de mal de Dercum à remissions passagères chez un homme. *Bulletin médical*, 1906, p. 380.
- LE PLAY. — Un cas de mal de Dercum. *Rev. de Neurol.*, 1905-1906, p. 1202.
- LEREBoullet. — L'obésité chez l'enfant. *Monde médical*, 1924, n° 654.
- LÉRI. — Quelques formes cliniques d'adiposes localisées. *Monde Médical*, 10 oct. 1924, p. 637.
- LHERMITTE. — Le syndrome infundibulaire dans l'hydrocéphalie. *Gaz. des Hôp.*, 1927, n° 38, p. 621.
- Leçon à l'Asile de St-Anne le 17 février 1926.
- VIII<sup>e</sup> Réunion neurologique intern. annuelle, 1-2 juin 1927, p. 58.
- LONG et BICKEL. — Considérations sur la lipodystrophie progressive. *Ann. de Médecine*, août 1924.

- LORTAT-JACOB et VITRY. — Adiposes par lésions nerveuses. *Rev. Neurol.*, mars 1909.
- MARCHAND et NOUET. — Et. anatomo-pathol. d'un cas de mal de Dercum. *Nlle Iconogr. de la Salpêtrière*, 1911, p. 144.
- MARCOU. — L'adipose douloureuse. *Arch. génér. de Méd.*, 1903, p. 173.
- MARTELLI. — Recherche istographiche, istochimiche e pathogenetiche sui lipomis simmetriche et sulla mallattia di Dercum (*Riforma medica* 1918).
- MASSARY (DE). — Adipose douloureuse chez une tuberculeuse. *Bullet. Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, août 1907, p. 638.
- MEIGE. — Trophoedème congénital. *Nlle Iconogr. Salpêtr.*, 1889, p. 453.
- MIGLIACCI. — La mal. de Dercum. *Gaz. degli Ospedali*, oct. 1904, p. 1345.
- MIGUEL. — De la valeur nosologique de la mal. de Dercum. *Th. de Paris*, 1904.
- MONCHY (DE). — Maladie de Dercum. *Nederlandsch. Tijdschr. voor. Geneeskunde*, 1925, p. 2364.
- MORLOT et GALLOIS. — Adipose localisée d'origine tropho-névralgique. *Bourgogne médicale*, 1894-1895, p. 44.
- NOBÉCOURT. — Des obésités non endocriniennes. *J. des Praticiens*, 16 août 1924.
- ODDO et CHASSY. — Adipose douloureuse accompagnée de troubles vaso-moteurs et de sclérodermie. *Rev. de Neurologie*, 1902.
- PASQUINI. — Un cas d'adipose douloureuse. *Il Policlinico sezione pratica*, mars 1902, p. 623.
- PASTEUR VALLERY, RADOT et DOLLFUSS. — Adip. doul. *Soc. méd. des Hôp.*, 30 juin 1922, p. 1016.
- PENNATO. — Mallettia di Dercum con osteomalacia. *Riforma medica*, févr. 1904, p. 115.
- POIRIER. — La maladie de Dercum. Revue générale et étude critique. Thèse de Montpellier, 1910-1911.
- PORSON. — *Th. de Paris*, 1873.
- PRICE. — Adiposis dolorosa (*Philad. Neurolog. Society*, 23 oct. 1906).
- PRINET. — Contribution à l'étude du syndrome de Dercum. Thèse de Lille, 1907-1908.

- PRUNIER. — Adipose douloureuse chez une imbécile épileptique. *Nlle Iconogr. de la Salpêtrière*, 1907, p. 168.
- RAYMOND et GUILLAIN. — Un cas d'adipose douloureuse. *Rev. de Neurol.*, 1904, p. 630.
- RÉGIS. — Quatre cas de folie consécutive à l'ablation bilatérale des annexes. *Soc. de Médecine de Bordeaux*, 1893.
- RENON et HEITZ. — Adipose douloureuse avec arthropathies multiples. *Rev. de Neurol.*, 1901, p. 704.
- RENON et LOUSTE. — Un cas d'adipose douloureuse à forme nodulaire. *Bullet. de la Soc. méd. des Hôp. Paris*, 1902, p. 1130.
- RENZI (DE). — Lipomes, adipose douloureuse, adipose généralisée. *Gaz. degli ospedali*, févr. 1903.
- ROGUES DE FURSAC. — Adipose douloureuse. *L'encéphale*, fév. 1908, p. 131.
- ROME. — Maladie de Dercum. *Lyon médical*, 1904, p. 1005.
- ROUX. — Maladie de Dercum et goître exophtalmique. *Rev. de Neurol.*, janv. 1902.
- ROUX et VITAUT. — Un cas d'adipose douloureuse. *Soc. de Neurol.*, sept. 1901.
- SAINTON. — Troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne. *L'encéphale*, 1906, p. 244.
- SAINTON et FERRAND. — L'adipose douloureuse. *Gaz. des Hôp.*, 1903, p. 957.
- SCHWENCKENBECKER. — Ueber di Adiposis dolorosa. *Deutsche Arch. für klinisch. Medizin*. Leipzig, 1904, p. 317.
- SELLERIN. — Adipose douloureuse. *Th. de Paris*, 1903.
- SÉZARY. — Quatre cas d'adipose douloureuse. *Rev. de Médecine*, 1907, p. 39.
- SICARD et ROUSSY. — Adipose douloureuse suite d'ovariotomie. *Soc. méd. des Hôp.*, 16 oct. 1908.
- SIMONIESCO. — Adipose douloureuse. *Rev. de Neurol.*, juin 1901.
- SOURY. — Le système nerveux de l'homme.
- SPULLER. — Report of three cases of adiposis dolorosa. *Medical News*, févr. 1898.
- STANLEY. — Adiposis dolorosa. *Brit. Med. Journ.*, 1905, p. 824.
- STERN. — Adipose douloureuse et myxoedème. *The Amer. J of méd. Sc.*, 1910, p. 456.
- TEXEIRA-MENDES et MONTA-SERRA. — Sur un cas de syndrome de Dercum. *Nlle Iconogr. de la Salpêtrière*, 1916-1917, p. 288-292.

THIMM. — Adiposis dolorosa und schmerzende symetrische Lipome. *Monatschr. für prakt. Dermatologie-Hamburg*, 1903, p. 281.

TOPOROFF. — Contribution à l'étude des obésités douloureuses. Thèse de Montpellier, 1911-1912).

VERGNES. — L'adipose sous-cutanée dans ses rapports avec l'atrophie muscul. Th. Paris, 1878.

VITAUT. — Maladie de Dercum. Th. de Lyon, 1901.

WEISS. — Uber adiposis dolorosa. *Klinisch. Wochenschr.-Wien*, 1903, p. 496.

— Tabes dorsalis und adiposis dolorosa. *Ibid.*, 1905.

WILLIAMS. — Bulletin médical de Québec, 1911.

WINKELMAN et ECKEL. — Adiposis dolorosa (Dercum's Disease) *Journ. of the Amer. médical Assoc. Chicago*, 1925, p. 1935.

WITMAN. — Adiposis dolorosa (Dercum's disease) with report of a case. *Illinois Med. Journ. Chicago*, 1917.

WORTHINGTON. — De l'obésité. Thèse de Paris, 1875.

